6

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1911

# THÈSE

N° 49

POUR

# LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

**René NETTER**

Né à Epernay (Marne), le 2 juin 1884
Ancien Prosecteur et Lauréat de l'Ecole de médecine de Reims
Ancien Interne des hôpitaux de Reims
Interne provisoire des hôpitaux de Paris et de la Maternité
de l'hôpital Tenon
Médaille de bronze de l'Assistance publique

# L'INSERTION DU PLACENTA

DANS LES

# UTÉRUS FIBROMATEUX

*Président :* PINARD, *professeur.*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, Rue Racine (VIe)

1911

49

# THÈSE

POUR

# LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1911 — N°

# THÈSE

POUR

# LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

**René NETTER**

Né à Epernay (Marne), le 2 juin 1884
Ancien Prosecteur et Lauréat de l'Ecole de médecine de Reims
Ancien Interne des hôpitaux de Reims
Interne provisoire des hôpitaux de Paris et de la Maternité de l'hôpital Tenon
Médaille de bronze de l'Assistance publique

# L'INSERTION DU PLACENTA

DANS LES

# UTÉRUS FIBROMATEUX

*Président :* PINARD, *professeur.*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & C^ie^, ÉDITEURS
15, Rue Racine (VI^e^)

1911

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

| | MM. |
|---|---|
| Anatomie | NICOLAS |
| Physiologie | CH. RICHET |
| Physique médicale | GARIEL |
| Chimie organique et Chimie générale | GAUTIER |
| Parasitologie et Histoire naturelle médicale | BLANCHARD |
| Pathologie et Thérapeutique générales | ACHARD |
| Pathologie médicale | WIDAL<br>DEJERINE |
| Pathologie chirurgicale | LANNELONGUE |
| Anatomie pathologique | PIERRE MARIE |
| Histologie | PRENANT |
| Opérations et appareils | HARTMANN |
| Pharmacologie et matière médicale | POUCHET |
| Thérapeutique | MARFAN |
| Hygiène | CHANTEMESSE |
| Médecine légale | THOINOT |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie | CHAUFFARD |
| Pathologie expérimentale et comparée | ROGER |
| Clinique médicale | HAYEM<br>GILBERT<br>DEBOVE<br>LANDOUZY |
| Maladies des enfants | HUTINEL |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale | GILBERT BALLET |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques | GAUCHER |
| Clinique des maladies du système nerveux | |
| Clinique chirurgicale | DELBET<br>QUENU<br>RECLUS<br>SEGOND |
| Clinique ophtalmologique | DE LAPERSONNE |
| Clinique des maladies des voies urinaires | ALBARRAN |
| Clinique d'accouchements | BAR<br>PINARD<br>RIBEMONT-DESSAIGNES |
| Clinique gynécologique | POZZI |
| Clinique chirurgicale infantile | KIRMISSON |
| Clinique thérapeutique | ALBERT ROBIN |

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

| | | | |
|---|---|---|---|
| BALTHAZARD | DESGREZ | LENORMANT | PROUST |
| BERNARD | DUVAL (P.) | LEQUEUX | RATHERY |
| BRANCA | GOUGEROT | LERI | RETTERER |
| BRINDEAU | GREGOIRE | LOEPER | RICHAUD |
| BROCA (A.) | GUENIOT | MACAIGNE | ROUSSY |
| BRUMPT | GUILLAIN | MAILLARD | ROUVIERRE |
| CAMUS | JEANNIN | MORESTIN | SCHWARTZ |
| CARNOT | JOUSSET (A.) | MULON | SICARD |
| CASTAIGNE | LABBE (M.) | NICLOUX | TERRIEN |
| CHEVASSU | LANGLOIS | NOBECOURT | TIFFENEAU |
| CLAUDE | LAIGNEL-LAVASTINE | OKINCZYC | ZIMMERN |
| COUVELAIRE | LECENE | OMBREDANNE | |

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

*Elle est gravée dans mon esprit comme l'image du bien et du devoir.*

A MA MÈRE

*En faible témoignage de mon amour filial et de ma reconnaissance.*

A MA SŒUR ET A MES FRÈRES

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

Membre de l'Académie de médecine
Officier de la Légion d'honneur

# AVANT-PROPOS

Avant de nous envoler de nos propres ailes, nous avons besoin, pour prendre confiance en nos faibles forces, d'adresser un souvenir de reconnaissance aux excellents maîtres qui ont guidé nos premiers pas.

C'est la bonne ville de Reims qui fut le berceau de nos études médicales. Les attrayantes leçons des professeurs Langlet et Harman, le vivant enseignement du regretté Dr Bruandet, nous passionnèrent d'abord pour les sciences anatomiques et physiologiques.

A l'Hôtel-Dieu les professeurs Henrot, Colleville, Langlet, les Drs Hoël, Jacquinet, Luton nous ouvrirent avec bienveillance les trésors de leur science médicale. Nous fûmes initiés aux secrets de l'art chirurgical par les professeurs A. Pozzi, Harman et Simon, par les Drs Guelliot et H. Lardennois.

A tous ces maîtres qui présidèrent à nos débuts, nous adressons l'expression de nos plus vifs sentiments de reconnaissance.

Obligé de les quitter pour terminer nos études à

Paris, nous avons eu le bonheur de retrouver des éducateurs dignes des premiers.

Nous n'oublierons jamais la bienveillance du Dr Chaput (chirurgien des hôpitaux), nos discussions cliniques presque amicales et familières avec le Dr Caussade (médecin des hôpitaux), l'homme de devoir que symbolise le Dr Barbier (médecin des hôpitaux).

Nous nous rappellerons toujours la bienveillante confiance et la large initiative que nous ont accordées, à titre d'interne provisoire, le professeur agrégé F. Terrien (ophtalmologiste des hôpitaux) et le Dr Bouffe de Saint-Blaise (accoucheur des hôpitaux).

Nous nous souvenons qu'à des titres divers les Drs Barth et P.-E. Lévy (médecins des hôpitaux), le professeur agrégé Chevassu (chirurgien des hôpitaux), les Drs Baudet (chirurgien des hôpitaux) et Monthus (ophtalmologiste des hôpitaux) ; enfin les Drs P. Merklen, G. Leven, G. Froin, R. Gaultier, ont contribué à augmenter notre viatique professionnel.

Nous gardons un excellent souvenir des conférences familières des Drs G. Lardennois (chirurgien des hôpitaux), P. Mathieu (chef de clinique chirurgicale à la Faculté), P. Boudon (chef de clinique des maladies mentales à la Faculté).

C'est un besoin, destiné à nous réconforter, que de songer à tous ces maîtres éminents qui, à Paris comme à Reims, presque oublieux des distances, faisaient de l'élève souvent un confident, parfois un ami.

C'est pour nous un bien doux devoir que de les assurer ici de notre respectueuse gratitude et de notre reconnaissante affection.

Il nous reste à remercier tous ceux qui, de près ou de loin, nous ont aidé dans la réalisation de notre tâche :

Notre maître le Dr Bouffe de Saint-Blaise, qui nous a toujours prodigué ses conseils et a bien voulu nous abandonner l'observation recueillie dans son service.

Notre collègue et ami le Dr P. Moure (interne des hôpitaux, aide d'anatomie à la Faculté) qui nous a fourni quelques indications bibliographiques.

Mlle Lorentz (sage-femme des hôpitaux) qui s'est complaisamment astreinte à la tâche ingrate de dépouiller de nombreux registres d'observations.

Les Drs Couvelaire, Potocki et Sauvage, qui nous ont accueilli avec bienveillance dans leur service.

M. le professeur Bar qui a bien voulu nous donner accès au musée de la clinique Tarnier.

Enfin M. le professeur Pinard qui, en acceptant la présidence de cette thèse, nous a fait le grand honneur de nous abriter sous son haut patronage.

# L'INSERTION DU PLACENTA

DANS LES

# UTÉRUS FIBROMATEUX

## INTRODUCTION

Ce travail nous a été inspiré par un cas personnel observé dans le service de notre maître le Dr Bouffe de Saint-Blaise : au cours d'une délivrance artificielle, nous avons trouvé le placenta adhérent à la surface d'un fibrome insoupçonné.

C'est là un fait bien connu des accoucheurs, au moins par la timide mention que lui accordent les auteurs ; en effet, sa constatation est rare même dans le cours d'une longue pratique hospitalière. Nous-même, en fouillant la littérature médicale, nous n'avons pu en colliger qu'une quinzaine d'observations.

Une telle pénurie tient, d'une part, à la latence de la grande majorité des fibromes gravidiques ; d'autre part, à la rareté croissante des délivrances artificielles, dont le chiffre s'est abaissé, à la clinique Baudelocque, de 0,89 (1) à 0,58 (2) o/o.

1. Brosset, thèse de Paris, 1898.
2, Jacobson, thèse de Paris, 1909.

Aussi, nous n'avons pas cru devoir borner notre sujet à des curiosités cliniques ; en élargissant son cadre, nous avons pensé faire œuvre plus utile. Nous envisagerons donc, dans une étude d'ensemble, les différentes insertions du placenta, tant sur le fibrome lui-même que sur les parties voisines de l'utérus.

Le siège et le caractère de cette insertion placentaire donnent la clef de plusieurs complications importantes, et commandent des interventions particulières.

Pour rares que soient les accidents, la notion de leur éventualité n'en a pas moins un intérêt pratique. La devise du philosophe reste vraie : *savoir afin de prévoir et de pouvoir.*

---

# CHAPITRE PREMIER

## HISTORIQUE. — MOYENS D'ÉTUDE

### Historique

Il ne semble pas que l'insertion du placenta dans les utérus fibromateux ait beaucoup préoccupé les anciens auteurs. La plupart de leurs observations sont muettes sur le siège du placenta, et manquent de détails au chapitre de la délivrance. Sans doute y a-t-il lieu d'admettre que, dans ces conditions, les différents temps de la puerpéralité se sont passés normalement.

Même quand les accidents se produisaient, ils étaient rarement attribués à l'insertion placentaire. Les hémorragies au cours de la grossesse étaient mises sur le compte des fibromes. L'insertion du placenta sur la tumeur n'était parfois affirmée que sur l'aspect déchiqueté du placenta, ou sur de rapides constatations nécropsiques.

Nous montrerons, chemin faisant, les progrès successivement accomplis dans une voie plus scientifique.

Contentons-nous de dire ici qu'à l'heure actuelle on connaît mieux le rôle de l'insertion basse du placenta dans la genèse des accidents chez les fibromateuses. D'autre part, le microscope a élucidé, dans son intimité, le mécanisme des adhérences placentaires. Enfin les succès des premières audaces thérapeutiques ont permis d'ériger une règle de conduite.

## Moyens d'étude

Voici sur quels matériaux se base notre étude :

*La simple inspection du placenta*, après son expulsion, permet souvent des constatations intéressantes.

Un coup d'œil d'ensemble fait reconnaître une insertion vicieuse du placenta, ou du cordon, ou des deux à la fois.

L'examen du placenta montre si sa face utérine est intacte, régulière, s'il existe des dépôts fibrineux le long des vaisseaux de sa face fœtale ou sur son rebord.

Puis, l'épreuve de la dissociation des membranes pourra montrer des lambeaux de caduque épais et hémorragiques.

Ce sont là autant de points qui, dans les cas les plus normaux en apparence, méritent d'être notés.

D'ailleurs pour peu qu'il existe un certain degré d'endométrite, la délivrance peut nécessiter le décollement manuel du placenta. Au cours de cette inter-

vention, il est possible *à la main d'explorer la cavité utérine*, de rechercher les saillies fibromateuses, et le siège exact de l'insertion placentaire.

Mais la méthode de choix consiste à étudier le placenta en place, sur des *pièces d'autopsie et mieux encore d'hystérectomie.*

Ces dernières seules permettent de surprendre, pour ainsi dire sur le vif, les rapports du placenta et des fibromes ; elles seules permettent de bien fixer les éléments anatomiques, et, comme le propose le professeur Pinard, de reprendre, à la lumière de l'histologie, la question si obscure encore de l'âge et par suite du pronostic des fibromes gravidiques.

Aussi ne doit-on pas admettre sans réserves l'expression *utérus fibromateux.* Elle n'est qu'un terme générique qui, dans les observations actuelles, englobe souvent des tumeurs très diverses, sarcomateuses ou autres.

---

# CHAPITRE II

## ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Pour mieux synthétiser les résultats fournis par ces différents moyens d'investigation, nous préciserons d'abord le niveau de l'insertion placentaire dans la cavité utérine, puis ses relations avec les fibromes eux-mêmes.

### Niveau de l'insertion placentaire

Tous les auteurs semblent s'accorder sur la *fréquence relative de l'insertion basse.*

Leurs contradictions ne sont qu'apparentes !

En récapitulant de nombreuses statistiques, Ludwig Müller (Stuttgart, 1877) trouvait 813 placenta prævia sur 876.432 accouchements, soit un pour 1.078 accouchements sans mention de fibromes.

Vers la même époque, dans les utérus fibromateux, l'insertion basse était signalée quinze fois sur 241 grossesses compliquées de fibromes, par Nauss, soit dans 2 o/o des cas ; 13 fois sur 307 par

Lefour (1), soit dans 4 o/o des cas, c'est-à-dire dans une proportion 20 à 40 fois plus élevée.

Cette proportion semble toutefois s'atténuer si l'on compte toutes les insertions basses, même celles qui ne déterminent aucun accident.

En effet, depuis que le professeur Pinard a appris, grâce à la mensuration des membranes, à diagnostiquer, même rétrospectivement, l'insertion basse, sa constatation est devenue pour ainsi dire banale : dans plus de la moitié des accouchements normaux, le placenta empiéte tant soit peu sur le segment inférieur. Il ne faut donc pas s'étonner dès lors, de trouver aussi des pourcentages élevés dans les grossesses compliquées de fibromes.

Dans 85 cas de fibromes observés à la clinique Baudelocque de 1895 à 1900, Méheut (2) a compté :

30 insertions basses ;

20 insertions normales ;

35 insertions impossibles à préciser.

Soit plus de 50 o/o d'insertions basses.

Par contre sur les 63 cas colligés à la même clinique par Jamain (3) de 1905 à 1906 l'insertion vicieuse n'a été relevée que seize fois, soit dans une proportion de 25 o/o.

Les recherches de Cleisz(4)ont été malheureusement infructueuses, puisque sur 14 observations de fibromes gravidiques recueillies à la maternité de Nancy

1. Lefour, thèse d'agrégation, 1880.
2. Méheut, thèse de Paris, 1902.
3. Jamain, thèse de Paris, 1906-1907.
4. Cleïsz, thèse de Nancy, 1908.

de 1897 à 1908, il n'a pas trouvé une seule mention d'insertion basse.

Cependant Schauta, au Congrès de médecine internationale de Budapest, en 1909, est revenu souligner sa fréquence.

Que conclure de ces sons de cloches en apparence discordantes ?

Nous croyons pouvoir déduire la conclusion suivante, en harmonie avec toutes les opinions : l'insertion du placenta, si elle n'est guère plus fréquente dans les utérus fibromateux que dans les autres utérus, a tendance à être plus souvent vicieuse, et par suite, plus compliquée, plus évidente.

### Rapports du placenta avec les fibromes

Ils n'ont d'intérêt que si les fibromes sont saillants dans la cavité utérine.

En effet, les *fibromes sous-péritonéaux* paraissent sans influence sur l'insertion placentaire. Il nous a été donné d'en examiner deux pièces conservées au musée de la clinique Tarnier ; l'une d'elles a été présentée par le Dr Brindeau à la Société d'obstétrique de Paris (23 avril 1903) ; elle est reproduite dans *la Pratique des accouchements* du professeur Bar.

Dans les deux cas, le fond de l'utérus forme un pont, interposé entre le placenta intérieurement, et un gros fibrome sessile extérieurement.

Dans les deux cas, ce pont de tissu utérin présente une épaisseur normale, et, macroscopiquement du

moins, ne paraît pas altéré. Quant au placenta, épais et discoïdal dans le premier cas, il présentait, au contraire, « une bordure manifeste » dans le cas du Dr Brindeau, comme si son développement avait été gêné par l'implantation profonde de la tumeur.

De même, nous ne nous attarderons pas aux *utérus littéralement farcis de noyaux fibromateux*, les uns interstitiels, les autres en saillie sous le péritoine ou sous la muqueuse.

On en figure des exemples dans la plupart des traités. Tout récemment, nous en avons observé une belle pièce d'hystérectomie, grâce à l'obligeance du Dr Souligoux. MM. Potocki et Sauvage en ont également présenté un bel exemple (figuré dans le troisième numéro des comptes rendus de la Soc. d'obst., de gyn. et de péd. de 1911).

Ce sont des matériaux d'études précieux, qui se prêtent à toutes les recherches : le placenta est adhérent, les tumeurs souvent en pleine évolution, mais pratiquement, dès que leur accroissement paraît rapide, on les enlève purement et simplement, dans les premiers mois de la grossesse, comme des tumeurs malignes.

Seuls les *fibromes saillants dans la cavité utérine*, interstitiels ou sous-muqueux, méritent donc de retenir notre attention. Par rapport à cette saillie fibromateuse, le placenta peut occuper trois positions :

Il peut être situé au-dessous d'elle.

Il peut siéger au-dessus.

Enfin il peut s'insérer sur la tumeur elle-même.

a) *Au-dessous de la tumeur*, c'est le vulgaire *placenta bas inséré*, dont les cotylédons supérieurs pourront cependant rester adhérents à la région fibromateuse.

D'après Houzel (1), la tumeur sus-jacente pourrait, en se développant, refouler et décoller l'œuf : il a observé un avortement de cinq mois et demi, où, pendant le travail, les cornes utérines se contractaient seules à chaque douleur, tandis que l'œuf était poussé par un gros fibrome sous-muqueux du fond de l'utérus. Dans le cas particulier, le placenta était d'ailleurs fixé par ses deux tiers environ sur la partie postérieure de l'utérus ; l'autre tiers, recourbé, s'insérait sur le revêtement muqueux de la partie inférieure du fibrome.

b) *L'insertion du placenta au-dessus du fibrome* est déjà plus intéressante. Le placenta est fixé sur le corps utérin, au niveau d'une face ou d'un bord, ou bien encore au voisinage d'une corne, tandis qu'un fibrome, à proprement parler, « prævia », ferme inférieurement cette arrière-boutique.

Les variétés sont nombreuses. On peut voir, comme au musée de la clinique Tarnier, un fibrome du volume d'une orange, en partie inclus dans la portion sus-vaginale du col, en partie saillant dans la cavité utérine.

D'autres fois, le col est bourré de noyaux fibroma-

---

1. Houzel, *bull. Soc. Chir.*, p. 527, 1891.

teux. Ou bien encore, il subit, ainsi que le segment inférieur, une infiltration fibromateuse diffuse.

On entrevoit déjà toutes les difficultés et les obstacles variés que vont rencontrer, à la pénétration dans l'utérus, la main ou la curette qui se proposent d'extraire le placenta.

c) *Enfin l'insertion du placenta sur le fibrome lui-même* est assurément plus fréquente qu'on ne le croit.

Dans sa thèse d'agrégation de 1880, Lefour n'en trouve que 8 cas dans la littérature médicale (ceux d'Aubinais, Boivin et Dugès, Bœhmer, R. Grière, Ingleby, R. Lee, Macfarlane, Ramsbotham). En 1896, Pujol, dans sa thèse, peut en ajouter 4 (ceux de Kaltenbach, Berlin, Houzel, Treub). Maygrier, en 1897, en observe un nouveau. Nous avons pu nous-même en rassembler quelques autres, parmi lesquels un cas personnel et inédit.

Mais nous sommes convaincus que les chiffres indiqués restent bien au-dessous de la vérité ; bien des faits échappent à l'observation. Et les faits doivent être nombreux si l'on songe, avec Lefour, au rapide accroissement du placenta dans les premiers mois de la grossesse. A ce moment, il va empiéter presque fatalement sur les fibromes d'un certain volume, et il gardera ensuite ces connexions jusqu'au terme de la gestation. Il en fut sans doute ainsi dans l'observation V de Turner (1), recueillie dans le service de Doléris.

1. Turner, thèse de Paris, 1900.

Résumons-la.

III-pare.

Fibromes pendant la grossesse, douleurs continues, grand affaiblissement.

Opération de Porro : pédicule externe.

Guérison de la mère.

Mort subite du fœtus, âgé d'environ huit mois, le soir de l'opération.

*Examen de la pièce.* — Gros *fibrome* intra-mural pesant 1.510 grammes et faisant dans la cavité de l'utérus rétracté une saillie hémisphérique, sur la paroi antéro-latérale du fond, du corps et de l'isthme utérins.

Le *placenta* était inséré partie sur la paroi antérieure de l'utérus, partie sur la tumeur.

L'empiétement du placenta sur le fibrome est plus redoutable encore dans les *grossesses gémellaires*. A la suite d'une hystérectomie pratiquée pour une fausse-couche gémellaire avec mauvais état général, Treub (1) trouva « les deux placentas putréfiés situés sur la tumeur ».

On conçoit que tous les degrés intermédiaires puissent se rencontrer entre les types que nous avons schematisés. En prenant le fibrome comme centre, on pourrait, en s'inspirant d'une nomenclature analogue, décrire à l'insertion placentaire des variétés marginales et recouvrantes (partielle, totale

1. Treub, *Arch. de tocologie et de gynécologie*, novembre 1894, obs. III, p. 809.

et centrale) par rapport au fibrome. Cette distinction serait d'ailleurs étayée sur la solidité croissante des adhérences placentaires, à mesure qu'on se rapproche de la zone fibromateuse. Nous allons y revenir, après avoir dit un mot sur l'aspect du placenta.

Les caractères macroscopiques du placenta ne nous retiendront pas longtemps.

*Bas inséré*, il n'échappe pas à la règle ; il est aplati, à bords irréguliers et festonnées.

*L'insertion au voisinage d'un fibrome* peut gêner le développement du placenta. Son bord est alors épais, débordant l'insertion des membranes (*placenta bordé* ou *marginé*), ou bien taillé à pic comme certains biftecks (*placenta Chateaubriant* du professeur Pinard). On aperçoit souvent sur ce bord des dépôts de fibrine, indices de l'endométrite concomitante.

D'autre part l'altération diffuse des parois utérines peut amener, dans un but de suppléance, *une certaine diffusion* du processus placento-formateur, comme si, « le terrain étant mauvais », il en fallait « une plus large surface pour satisfaire aux besoins de l'hématose fœtale » (Bué).

Quant au poids du placenta il ne paraît pas inférieur à la normale (en l'absence d'albuminurie), non plus que son rapport pondéral avec le fœtus, eu égard à l'âge de la grossesse.

Mais ce qui caractérise avant tout le placenta des utérus fibromateux, c'est son adhérence.

## Adhérence du placenta

Tous les observateurs qui ont essayé d'extraire des placentas dans des utérus fibromateux, ont noté la difficulté de ce décollement ; dans certains cas le placenta fait littéralement corps avec le muscle utérin.

Aussi, plusieurs fois, dans les observations anciennes, les tractions sur le cordon n'ont abouti qu'à la rupture de ce dernier.

Le placenta peut rester adhérent dans sa totalité, ou seulement dans la partie qui avoisine le fibrome ; l'on ne peut, dans ce cas, le libérer qu'en le déchiquetant : il n'existe plus de plan de clivage entre le placenta et la paroi utérine. En 1839, après une autopsie de placenta inséré sur un fibrome, Ingleby remarquait déjà la résorption de la muqueuse utérine, « sous la pression du placenta d'une part, de la tumeur croissante, de l'autre ».

De récentes recherches microscopiques ont éclairé la nature intime de ces adhérences.

## Étude histologique de ces adhérences placentaires

On sait que, *normalement,* la muqueuse de l'utérus gravide peut être divisée en deux couches principales : l'une superficielle, ou compacte, perforée

seulement par les tubes glandulaires, est constituée par de nombreuses assises de cellules qui, au niveau du placenta, s'insinuent entre les villosités choriales, et se laissent refouler par des capillaires sanguins maternels, dilatés en sinus jusqu'au pourtour des villosités.

La couche profonde, au contraire, est appelée encore couche spongieuse, parce qu'elle est creusée de larges vacuoles, très développées vers le sixième mois de la gestation, plus aplaties au voisinage du terme.

Ces vacuoles ne sont autre chose que les culs-de-sac des glandes considérablement dilatées.

C'est à leur niveau que se fait normalement le décollement du placenta, entraînant avec lui toute la partie superficielle de la muqueuse ou caduque, laissant dans la cavité utérine le fond des culs-de-sac glandulaires qui, par leur prolifération ultérieure, doivent régénérer la muqueuse.

Profondément, cette spongieuse, elle-même, repose sur le muscle utérin, entre les mailles duquel se développent les sinus sanguins les plus volumineux de tous.

Or, que se passe-t-il *lorsque le placenta est adhérent ?*

Les coupes pratiquées sur le placenta extrait, ou en place, semblent démontrer, dans la plupart des cas, une atrophie de la caduque.

La couche compacte est pauvre en éléments cellu-

laires, et réduite à une mince bande d'aspect fibreux ou fibrineux.

La couche spongieuse n'existe plus, car les culs-de-sac glandulaires sont absents. Donc, plus de plan de clivage.

La désinsertion du placenta amènera nécessairement l'arrachement de toute la muqueuse déjà si amincie ; elle pourra même entraîner des fibres musculaires de l'utérus, plus ou moins dégénérées, entre lesquelles le microscope décèle parfois des îlots de caduque, et l'endothélium des sinus sanguins.

D'ailleurs, depuis Hofmeier, on a signalé plusieurs fois l'absence complète de caduque, à tel point que les villosités choriales venaient prendre directement insertion sur le muscle utérin, et plonger dans les sinus sanguins intermusculaires.

Ces constatations, vérifiées par Léopold Leiss, Neumann, Hense, Freund, sont la plupart fidèlement rapportées par Ibrahim Edhem (1).

Plus récemment encore les Drs Brindeau et Nattan-Larrier (2) ont pu les confirmer.

Nous avons pu nous-même nous en rendre compte sur les coupes histologiques d'une pièce présentée à la Société anatomique par MM. Baumgartner et Moure : alors que le placenta n'était pas altéré à sa

---

1. Ibrahim Edhem, *Bull. Soc. d'obstétr. de Paris*, 1903,

2. Brindeau et Nattan-Larrier, *Bull. Soc. d'obst. de Paris*, 1905, p. 274.

périphérie, des coupes ultérieures faites au centre du placenta, c'est-à-dire près de la zone fibromateuse, montraient l'atrophie presque complète de la caduque, et l'insertion des villosités, soit directement, soit par l'intermédiaire de leur syncytium, sur les fibres musculaires de l'utérus.

La *pathogénie de ces adhérences* est encore tout hypothétique. Pour Hense, la muqueuse utérine, atteinte d'insuffisance congénitale ou acquise, se laisse facilement frapper de nécrobiose cellulaire, et permet aux villosités de se prolonger librement jusqu'au contact du muscle.

Plus récemment, Freund fait même jouer à ces villosités un rôle actif ; d'après lui l'ectoderme fœtal, par une prolifération excessive, serait capable d'effondrer la couche compacte, et de disloquer la couche spongieuse.

En tout cas, l'infiltration leucocytaire de la caduque est très discrète, et, selon l'impression de Brindeau et Nattan-Larrier, le processus semble plus évolutif qu'inflammatoire.

Malgré tout, la conclusion qui se dégage de leur travail est conforme à l'opinion la plus généralement admise : la fréquence de l'endométrite à l'origine des adhérences placentaires.

---

# CHAPITRE III

## ÉTIOLOGIE ET MÉCANISME DES ACCIDENTS

### Endométrite

Nous avons déjà presque éliminé les gros fibromes sous-péritonéaux qui, à moins d'une implantation profonde dans le parenchyme utérin, restent sans influence sur l'insertion du placenta.

Au contraire, nous ne saurions trop insister avec Wertheim, Maygrier, Helley, Schwartzenbach, sur le danger des fibromes sous-muqueux ou des fibromes à la fois interstitiels et sous-muqueux, dans la production des anomalies d'insertion placentaire.

Seuls, en effet, ils s'accompagnent de phénomènes réactionnels de la muqueuse utérine.

La métrite secondaire aux fibromes est actuellement bien connue. On a peu ajouté à l'excellente étude de Wyder (1). Les travaux de Von Campe, Gœtze, Heitzmann, Cornil, Curatalo, Batuand, n'ont fait que confirmer ses résultats. Ces auteurs ont observé surtout des hyperplasies et des hyper-

1. Wyder, *Die mucosa uteri bei myomen* (*Arch. für Gynéc.*, 1886, Bd XXIX).

trophies glandulaires, sauf dans la région correspondante à la tumeur, où les glandes sont souvent détruites.

Plus récemment encore, les recherches entreprises par notre ami le Dr Saintot (1), sous la direction de Pettit, dans le laboratoire du professeur Le Dentu, ont abouti à des conclusions à peu près identiques. D'après lui, on peut isoler trois types d'endométrite fibromateuse :

Le type hyperplasique où prédominent l'infiltration du stroma et la déformation des glandes hypertrophiées et pelotonnées ;

Le type atrophique, où l'atrophie porte surtout sur l'élément glandulaire avec tendance à la sclérose ;

Le type mixte enfin, le plus fréquent peut-être, caractérisé à la fois par l'hyperplasie glandulaire et par la présence de cellules inflammatoires dans le stroma.

On cite, il est vrai, le cas de Nitot (2), où la muqueuse resta saine dans deux utérus fibromateux extirpés pour hémorragies graves. Ce ne sont là que des exceptions destinées à confirmer la règle : dans les fibromes sous-muqueux, l'endométrite est la règle.

---

1. Saintot, thèse de Paris, 1906.
2. Nitot, Soc. obst. et gynéc. de Paris, 1893.

## Conséquences de l'endométrite

*Fécondation.* — Nous n'avons pas à entrer dans le débat qui s'est ouvert au sujet de la fécondation dans les utérus fibromateux. Le professeur Pinard, et avec lui Hofmeier ont prouvé que la stérilité — primitive ou secondaire à une grossesse — préexiste et prédispose aux fibromes. D'un autre côté, Olshausen et après lui Treub et le professeur Hartmann ont vu dans la stérilité une conséquence des fibromes.

De nombreux faits d'observation militent en faveur des deux partis, sans toujours s'exclure.

On ne conteste guère, à l'heure actuelle, la fréquence des fibromes chez les primipares âgées ou chez les pluripares tardives.

Mais il est indéniable, d'autre part, que l'œuf peut être entraîné au dehors par un flux sanguin ou hydrorrhéique, et que l'ablation d'un fibrome a pu permettre une grossesse à une femme jusqu'alors stérile.

*L'insertion basse du placenta* peut s'expliquer de même à la faveur de l'endométrite ; Kaltenbach et Hofmeier, cités par Bué (1), y insistent.

Le placenta peut gagner le segment inférieur par glissement ou par étalement :

---

1. Bué, *Des Endométrites gravidiques* (*Presse médicale*, 18 mars 1896, p. 134).

Il glisse sur la muqueuse quand elle est trop atrophiée ou au contraire trop lubréfiée ; dans un cas, comme dans l'autre, elle est incapable de retenir l'œuf au point où il s'est greffé ; elle le laisse fuir vers le point le plus déclive.

D'autres fois, l'œuf reste fixé à son point initial, mais il doit s'*étaler*, étendre au loin ses racines pour puiser en surface la sève qu'il ne reçoit pas de la profondeur.

*Insertion de la tumeur.* — Comme cause adjuvante de l'insertion basse, on signale le siège cervical des fibromes. Cependant Chahbazian (1) ne l'a trouvé que 2 fois mentionné dans ses 80 cas de fibromes du col, c'est-à-dire dans une proportion plutôt inférieure aux statistiques contemporaines, à celle de Lefour en particulier qui compte 4 insertions basses pour 100 fibromes de siège indéterminé.

On doit même s'étonner, étant donné la fréquence de l'insertion basse, de ne pas voir plus souvent le placenta s'insérer sur les tumeurs du col, ou tout au moins s'y heurter comme sur un butoir.

Pour expliquer la localisation du placenta au niveau des autres tumeurs, du fond ou du corps utérin, Lefour invoque la congestion préalable de la muqueuse à leur niveau, et à l'appui de cette hypothèse, il cite les cas où le placenta s'insère complètement sur les fibromes.

---

1. Chahbazian, thèse de Paris, 1882.

*Adhérence du placenta.* — Qu'arrive-t-il quand le placenta a réussi à se fixer ? Pourquoi ses villosités contractent-elles dès lors des adhérences anormales ? C'est toujours dans l'insuffisance de la muqueuse utérine que la question trouve sa réponse, et l'étude histologique de ces adhérences nous avait déjà fait pressentir le rôle de l'endométrite.

## Mécanisme des accidents

Toutes ces anomalies d'insertion placentaire dans les utérus fibromateux ne sont donc, en dernière analyse, que les méfaits de l'endométrite, avec toutes leurs conséquences possibles.

Nous laisserons de côté *les manifestations secrétoires de l'endométrite gravidique.* Elles se présentent généralement ainsi : vers le troisième mois de la grossesse, une femme perd en abondance un liquide séro-sanguinolent ; l'état général s'aggrave. La malade maigrit, se cachectise même. La grossesse s'interrompt, ou il faut y mettre fin si le pouls se maintient en permanence au-dessus de 100, si la vie de la mère (et par suite celle du fœtus) sont en danger. Le professeur Pinard (1) en a relaté une observation typique.

Parmi les accidents de l'endométrite, nous aurons

---

1. Pinard, *les Méfaits de l'endométrite* (leçon clinique résumée, *in Journal des Praticiens*, 6 mai 1911).

à envisager *seulement ceux qui sont imputables au vice d'insertion placentaire.*

On peut les diviser en deux groupes :

Les uns sont sous la dépendance de l'insertion vicieuse du placenta sur le segment inférieur ;

Les autres sont attribuables à l'adhérence du placenta.

Ces derniers se manifestent surtout au moment de la délivrance.

Les premiers, au contraire, peuvent se révéler à tous les stades de la puerpéralité et relèvent, dans tous les cas, de l'excès d'ampliation du segment inférieur, dans sa partie libre d'insertion placentaire. A ce niveau, dans la poussée contractile des parties hautes de l'utérus, les membranes participent à la distension exagérée du segment inférieur ; elles tiraillent et décollent partiellement les attaches placentaires, puis se rompent quand leur élasticité est à bout. Un mécanisme analogue peut être invoqué pour expliquer le décollement partiel du placenta quand il siège sur une zone fibromateuse inextensible.

L'existence d'autres fibromes dans le corps utérin contribue à l'irrégularité des contractions utérines et des tiraillements placentaires.

Nous allons étudier maintenant en quoi consistent ces différents accidents.

---

## CHAPITRE IV

### SYMPTOMES

I. — *Les accidents relatifs à l'insertion vicieuse du placenta* demandent à être étudiés successivement :

Au cours de la grossesse ;

Au moment du travail ;

Pendant la délivrance.

*Au cours de la grossesse*, ils n'offrent aucune particularité du fait de la fibromatose utérine. Cependant nous devons y insister un peu, car certains d'entre eux ont été contestés. Nous voulons parler surtout *des hémorragies*.

Wyder, en effet, qui a si bien étudié la métrite myomateuse a voulu faire de ces hémorragies une conséquence directe de la métrite interstitielle et de l'endométrite. Sa théorie semblait même recevoir une confirmation clinique ; en effet, comme dans l'observation I de Turner, les hémorragies surviennent parfois périodiquement dans les premiers mois de la grossesse, pour disparaître à partir du troisième ou du quatrième mois, juste au moment où le caduque a occupé toute la muqueuse

du corps utérin. Schwartz et Hepp (In *Traité de chirurgie*), expliquent ces hémorragies par un état congestif favorisé par la sclérose vasculaire et périvasculaire ; et dans son *Traité de Gynécologie*, le professeur Pozzi affirme également la fréquence de l'hémorragie dans les fibromes.

Sans nier la fréquence des hémorragies dans les grossesses compliquées de fibromes, le professeur Pinard s'est justement élevé contre leur interprétation. Il a montré que la plupart de ces hémorragies sont conditionnées par l'insertion vicieuse du placenta, qu'elles sont d'autant plus fréquentes que l'insertion est plus proche de l'orifice utérin. Son opinion a même pu paraître exclusive lorsque, en juin 1901, il s'est écrié à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris: « En dehors des cas d'insertion vicieuse où sont donc les hémorragies pendant la grossesse ? pour ma part, j'avoue ne pas les avoir rencontrées. »

La thèse qu'il a inspirée à Méheut en 1902 justifie cette manière de voir. Parmi les 10 cas d'hémorragies qui ont compliqué les fibromes gravidiques, 4 fois le placenta s'insérait sur le segmeut inférieur, 4 autres fois l'insertion ne put être vérifiée.

Enfin dans les 2 cas où l'insertion était normale, les hémorragies ne paraissaient pas imputables aux fibromes.

Dans l'un, en effet (obs. 351, année 1899), les hémorragies n'apparurent que deux jours au deuxième mois de la grossesse.

Dans l'autre (obs. 1.618 de l'année 1898) l'albuminurie semblait en cause.

En tout cas, ce qui prouve bien le rôle de l'insertion vicieuse dans la production des hémorragies, c'est l'arrêt presque constant des hémorragies quand la rupture spontanée ou provoquée des membranes fait cesser les tiraillements du placenta par le chorion.

Le professeur Pinard ne se lasse de l'enseigner : la femme qui perd de l'eau ne perd pas de sang.

Plus l'insertion est basse, et plus *les membranes se rompent prématurément*, à une époque plus éloignée du terme.

*L'avortement ou l'accouchement prématuré*, sont souvent la conséquence de la rupture ou même du simple décollement des membranes.

Les statistiques globales donnent des chiffres assez élevés. Vingt interruptions intempestives de la grossesse sur les 84 fibromes gravidiques rapportés par Jamain, 86 interruptions sur les 232 fibromes gravidiques, récemment relevés par Anton Garkisch (1).

Ces accidents sont produits par l'éveil anticipé des contractions utérines sous l'influence d'excitations diverses.

Les épines irritatives sont le plus souvent des hémorragies dues à l'insertion vicieuse du placenta.

---

1. Anton Garkisch *Klin. und anatom. Beitr. z. Lehre v. Uterusmyom*. Berlin, 1910.

Ce peuvent être aussi de petits fibromes pédiculés qui titillent l'orifice interne du col. Ce peut être enfin le produit de conception lui-même, tendant à s'expulser, comme un corps étranger, quand il a succombé du fait de l'endométrite, ou par l'adjonction de causes plus meurtrières.

Lefour a prétendu que l'insertion partielle du placenta sur les fibromes pouvait, sous l'influence des contractions irrégulières de l'utérus, expliquer des tiraillements et un décollement partiel de l'œuf. Mais, eu égard à l'adhérence du placenta, Turner se refuse à incriminer, dans ces avortements, les seules contractions indolores de la grossesse. Il faut à ces contractions des causes prédisposantes.

Ces diverses causes d'excitation se trouvent surtout réalisées aux âges extrêmes de la grossesse, soit à son début, soit au voisinage du terme.

C'est ainsi que l'avortement s'observe plus particulièrement de la sixième à la douzième semaine, surtout aux époques correspondant aux périodes menstruelles. Comme l'a remarqué sur plus de 400 fibromes gravidiques Musgrave Clay (de Salies-de-Béarn), cité par Turner, il est exceptionnel de le voir survenir après le troisième mois. Tel n'est cependant pas l'avis de Lefour, ni de Pujol, pour qui l'avortement serait surtout à redouter du quatrième au sixième mois.

Par contre, l'accouchement prématuré augmente de fréquence à mesure qu'on se rapproche du terme. Cette assertion est conforme à la statistique de Lefour

et à celle de Méheut. Sur 30 accouchements prématurés rassemblés par ce dernier, nous en trouvons 2 au septième mois, 11 au huitième mois, 17 au neuvième mois.

Parmi ces 30 observations, 15 fois le placenta était inséré sur le segment inférieur ; 8 fois l'insertion était normale ; 7 fois les membranes n'étaient pas mesurables.

C'est dire que, dans les utérus fibromateux, l'accouchement prématuré est lié le plus souvent à une insertion vicieuse du placenta (accompagnée ou non d'hémorragies). Il est, à ce titre, favorisé par la primiparité où la sollicitation à l'engagement est plus précoce, et par les fatigues professionnelles de la femme.

*Pendant le travail.* — Pendant le travail de l'accouchement des accidents identiques peuvent s'observer sous l'influence des mêmes causes.

Les contractions douloureuses du travail amènent une distension localisée du segment inférieur : d'où *hémorragies*, *rupture précoce des membranes*, c'est-à-dire avant la dilatation complète.

Pour donner un exemple de ces accidents nous signalerons l'observation 2216 (année 1896) de la clinique Baudelocque (citée dans la thèse de Méheut).

La rupture intempestive de la poche des eaux, jointe à l'irrégularité des contractions, ont souvent pour conséquence, la lenteur et l'arrêt de la dilata-

tion. Ces accidents sont surtout à craindre lorsqu'il existe des *présentations vicieuses.*

Pour donner un aperçu de leur fréquence, nous mettrons en parallèle trois statistiques : sur 100 accouchements dans les utérus fibromateux, Olshausen a compté 54 présentations céphaliques ; 24 présentations du siège ; 19 présentations transversales.

Lefour a compté 51 présentations céphaliques ; 32 présentations du siège ; 17 présentations transversales.

Le Pr Pinard (d'après Méheut), 90 présentations céphaliques ; 6 environ présentations du siège ; 4,7 présentations transversales.

Comme on le voit par ce tableau, les deux premiers pourcentages sont assez différents du troisième. Peut-être ces différences tiennent-elles au soin avec lequel on note actuellement, dans les observations, l'existence des fibromes, même de ceux qui ne se compliquent pas dans l'état puerpéral.

Dans ces conditions, les présentations vicieuses sont relativement plus rares. Cependant, même dans la plus faible statistique, elles sont encore quatre ou cinq fois plus fréquentes que dans les utérus non fibromateux.

Il faut toujours se méfier aussi de la *procidence du cordon.*

Dans la procidence proprement dite, c'est le cordon qui, grâce au défaut d'accommodation, vient glisser au devant de la présentation.

D'autres fois, et le professeur Pinard a justement

insisté sur ce mécanisme, c'est la partie fœtale qui, en s'engageant, vient comprimer le cordon vicieusement inséré. On sait que, dans le placenta bas inséré, le cordon tend à se fixer à la partie la plus déclive, soit directement, soit après avoir dissocié ses vaisseaux dans une insertion vélamenteuse.

Amarré à ce niveau, on comprend qu'il soit irréductible, et fatalement voué à la compression.

Le placenta lui-même peut constituer, de par son siège, un véritable obstacle à la sortie du fœtus ou au passage de la main de l'accoucheur.

C'est le *placenta-obstacle* de Frühinsholz qui détermine un véritable rétrécissement mou du bassin ; il rend inextensible la partie du col sur laquelle il s'insère, et, comme l'a montré Hergott, s'oppose, en ce point, à la dilatation complète.

L'inextensibilité peut se compliquer encore par la présence de fibromes au niveau du segment inférieur. Celui-ci devient alors une zône doublement dangereuse :

D'une part, comme l'a montré Barnes, par le placenta qui s'y insère et par les hémorragies qui peuvent en résulter ; d'autre part, comme le remarque Lefour, par les fibromes qui s'y localisent ; ils sont les plus dystociques de tous et favorisent, dans une large mesure, la rupture précoce des membranes.

*Enfin, la délivrance* est souvent marquée, en cas d'insertion vicieuse, par des *hémorragies*. Le placenta se présente par son bord ou par sa face uté-

rine, et reste souvent en partie adhérente au segment inférieur.

II. — *Les accidents dus à l'adhérence anormale du placenta* ne se révèlent le plus souvent *qu'au moment de la délivrance.*

Il importe cependant de remarquer que, dans la majorité des cas, l'adhérence du placenta ne constitue qu'une légère complication. La délivrance est simplement retardée de une à plusieurs heures; après ce laps de temps, elle se fait spontanément. Ou bien, si l'expulsion du délivre tarde à se faire, malgré le décollement complet du placenta, c'est l'adhérence des membranes qui le retient dans le vagin.

Quant à l'adhérence totale du placenta, elle est rare.

La rétention peut durer un temps indéterminé, et sans occasionner le moindre accident. Alors l'utérus est généralement petit et globuleux ; si l'on exerce une tension sur le cordon, on le voit immédiatement après remonter de quelques centimètres dans les voies génitales. D'ailleurs il suffit de surveiller le fond de l'utérus, pour s'assurer, qu'à aucun moment, il ne subit ce mouvement ascensionnel qui traduit la chute du placenta sur le segment inférieur.

Le plus souvent, la rétention expose aux hémorragies par décollement partiel, et à l'infection.

Il en est ainsi du placenta bas inséré qui, on le sait, contracte souvent des adhérences anormales. Tel est aussi le placenta inséré sur une zone fibromateuse.

*Les hémorragies* s'expliquent aisément si l'on songe, dans ces cas, à l'absence de « ligatures vivantes » ; à l'inertie utérine consécutive à un travail déjà long, ou entretenue par des fibromes interstitiels, qui, en interrompant les fibres musculaires, font échouer les efforts de rétraction et de contraction utérines. D'autre part, la circulation reste active tant qu'une portion du placenta est adhérente.

Cependant l'évacuation complète de l'utérus ne suffit pas toujours à assurer une hémostase définitive. Dans quelques cas, heureusement rares, mais qu'il faut connaître, l'hémorragie a reparu, soit immédiatement, soit quelques heures ou quelques jours après la délivrance. Elle est imputable alors à l'inertie persistante de l'utérus, ou à l'altération de ses vaisseaux, plus rarement au tissu fibromateux lui-même.

D'après Lefour, les hémorragies secondaires s'accompagneraient fréquemment de vives douleurs lombaires. Leur abondance et leur continuité peuvent entraîner la mort.

*Les accidents septiques* ne sont pas rares dans ces utérus à placentas adhérents. Malgré la plus minutieuse antisepsie au cours des manœuvres nécessitées par la délivrance, le terrain est particulièrement favorable à l'infection.

D'ailleurs, est-on jamais sûr, lorsqu'on extrait le placenta en le sculptant ou en le déchiquetant, de n'en pas laisser quelque débri dans l'utérus ?

Peut-on bien explorer la cavité utérine quand le col et le segment inférieur sont infiltrés de noyaux fibromateux ? Est-on certain que les lochies vont trouver là une voie de drainage suffisante ?

Ce sont là autant de questions auxquelles on ne peut répondre qu'après un délai de deux à quatre jours. A ce moment, les phénomènes infectieux se traduisent par l'élévation de la température, la fréquence du pouls, les caractères des lochies.

D'abord limitée à l'endomètre, l'infection tend à se propager à la loge celluleuse des fibromes ; aux fibromes eux-mêmes, susceptibles de subir la transformation purulente ou gangréneuse. Enfin l'infection peut gagner le péritoine pelvien, ou se généraliser par septicémie.

Plus les sinus sanguins sont larges et béants, plus est étendue la surface de résorption septique. Aussi l'infection est-elle toujours plus à crainde après un accouchement qu'après un avortement.

Le danger est encore considérablement accru par la *putréfaction* du fœtus : une courte rétention placentaire peut déchaîner alors la septicémie avec une effroyable rapidité.

Il est vrai, qu'en raison de son adhérence, le placenta peut conserver pendant quelque temps une certaine vitalité ; son atteinte n'est pas fatalement contemporaine de l'envahissement du fœtus et du liquide amniotique par la flore microbienne de la putréfaction. Mais, en règle générale, il est dangereux d'escompter ce délai, sous peine d'être surpris

par l'échéance presque foudroyante des accidents.

Enfin, il est deux accidents de l'adhérence placentaire, qui n'ont guère aujourd'hui qu'un intérêt historique. Nous voulons parler de la *rupture du cordon* et de l'*inversion utérine*.

Elles étaient autrefois le tribut des tractions intempestives sur le cordon, c'est-à-dire, des tractions pratiquées avant le complet décollement du placenta.

Les procédés thérapeutiques actuellement en usage ont considérablement atténué la gravité des accidents déterminés, dans les utérus fibromateux, par l'adhérence et l'insertion vicieuse du placenta.

---

## CHAPITRE V

### PRONOSTIC

Abandonnés à eux-mêmes, les différents accidents, que nous venons d'étudier, peuvent compromettre sérieusement la vie de la mère et celle du fœtus.

*La vie de la mère* est menacée, lorsqu'elle est livrée aux dangers de *l'hémorragie* par adhérence partielle, ou aux risques *d'infection* par rétention placentaire; sans parler des accidents que peut encourir l'utérus au moment de l'extraction du fœtus.

*La vie du fœtus* est plus compromise encore, puisque l'insertion vicieuse du placenta a pour rançon : *l'avortement* et *l'accouchement prématuré;* les *présentations vicieuses*, et les manœuvres plus ou moins meurtrières qu'elles nécessitent.

Enfin les *troubles de l'hématose fœtale.* L'entrave aux échanges fœto-placentaires peut avoir son siège au niveau du placenta lui-même ou au niveau du cordon.

Le placenta faillit à sa tâche lorsqu'il est en partie décollé, et que l'hémorragie le prive d'une quantité de sang importante.

Exceptionnellement, c'est par compression qu'il

devient inapte à remplir ses fonctions. Il en était ainsi dans le cas de Em. Blanc (1), où le fœtus, en présentation du siège, venait s'insinuer, dans le segment inférieur, entre « le placenta prævia » en avant et un fibrome en arrière.

Quant au *cordon*, sa compression équivaut à une véritable section physiologique. Quel qu'en soit le mécanisme, le résultat est le même : c'est généralement la mort du fœtus soit pendant le travail, soit dans les heures qui suivent l'accouchement.

Telles sont les sombres complications qui contribuent à noircir les tableaux à peu près concordants de Lefour et de Pujol. On y constate :

Une mortalité maternelle de 1 sur 2,45 ;

Une mortalité fœtale de 1 sur 1,65.

Chahbazian est aussi pessimiste pour les fibromes du col ; toutes choses égales, ils seraient plus graves que ceux du corps, moins graves que ceux du segment inférieur.

Heureusement, Hofmeier et le professeur Pinard (2) nous offrent des statistiques plus consolantes, surtout pour la mère.

Sur 84 grossesses compliquées de fibromes, observées à la clinique Baudelocque, du 1er janvier 1895 au 1er janvier 1901 : 81 femmes sortirent vivantes. Parmi les 3 qui moururent, l'une était albuminurique, la seconde avait de l'hépatotoxémie, la troi-

---

1. Em. Blanc, *Ann. de Gynéc. et d'Obst.*, 1891, p. 193.
2. Pinard, *Ann. de Gyn. et d'Obst.*, 1901.

sième succomba à une obstruction intestinale cinq jours après l'hystérectomie.

Pour ce qui est des enfants : 65 vivants ; 19 morts parmi lesquels 5 fausses couches et 13 accouchements prématurés.

On voit, d'après ces chiffres, que l'insertion vicieuse du placenta, si elle est encore redoutable pour le fœtus, ne doit plus guère assombrir, à l'heure actuelle, le pronostic maternel.

Encore faut-il, pour obtenir ces résultats, soumettre à une surveillance attentive les femmes enceintes porteuses de fibromes.

En effet, le pronostic de ces accouchements est difficile à formuler d'une façon générale. Tout au plus peut-on dire qu'il faut le réserver en face de fibromes multiples, ou en présence de gros fibromes sous-muqueux, sessiles et bas situés.

Le pronostic est également aggravé par la gémellité ; mère et enfant moururent dans les cas de Philipp (1889) et de Treub (1894).

Il faut se souvenir, enfin, que les accouchements laborieux sont souvent suivis d'une délivrance compliquée. A ce moment, non seulement les mêmes causes peuvent persister (inertie utérine, fibrome dystocique), mais il faut, de plus, compter avec l'adhérence du placenta.

Connaissant le danger, on devra se tenir sur ses gardes, prêt à agir au moment opportun. A cette seule condition, on pourra partager pleinement la conclusion de Kieffer : « la vie de la mère est, à peu

d'exceptions près, assurée. Celle du fœtus, bien qu'encore aléatoire, bénéficie cependant des connaissances nouvelles acquises en physiologie pathologique de l'utérus, et surtout de la technique instrumentale de l'accouchement dystocique ».

Après avoir conjuré les dangers immédiats, il faut faire *quelques réserves dans l'avenir.*

L'endométrite entretenue par le fibrome prédispose, en effet, à la récidive des adhérences lors des accouchements ultérieurs. D'après Hense, qui a pratiqué 168 séparations manuelles, la récidive s'observerait dans 43,45 pour 100 des accidents.

D'autre part, on a signalé la transformation possible de débris placentaires, en tumeurs placentaires, bénignes ou malignes, douloureuses et hémorragiques, et justiciables de l'hystérectomie. Sans rien préjuger du cas de J.-L. Faure et Boidin (1), nous remarquerons seulement que la paroi utérine était fibromateuse, et que la réaction de la caduque n'existait qu'au niveau de la tumeur.

Quant au fibrome, il n'est pas rare de le voir, immédiatement avant l'accouchement, ou dans les semaines consécutives, s'éliminer, soit après élongation et rupture du pédicule d'un polype, soit après usure et desquamation de la muqueuse à son niveau. Parfois ce travail d'expulsion est aidé par la main de l'opérateur.

---

1. J.-L. Faure et Boidin, Société d'Obstétrique, Gynécologie et Pédiâtrie, Paris, 14 décembre 1908.

En tout cas, les fibromes subissent le plus souvent une régression marquée, sous l'influence de l'involution utérine, favorisée par l'allaitement.

Ils ne restent stationnaires que lorsqu'ils sont atteints de sénilité. Enfin les grossesses ultérieures peuvent évoluer sans la moindre anomalie tant est variable le jeu de la clinique, qu'elle n'admet ni moyennes ni extrêmes. Elle ne reconnaît, même chez un sujet déterminé, que des cas particuliers.

---

## CHAPITRE VI

### DIAGNOSTIC

Le diagnostic de l'insertion du placenta dans les utérus fibromateux pose un important problème de thérapeutique. Les données en sont souvent insuffisantes et trompeuses selon les hasards de la clinique.

Le diagnostic positif demande de reconnaître le fibrome et le vice d'insertion placentaire.

Les antécédents gynécologiques permettent parfois d'affirmer le fibrome.

Les antécédents obstétricaux ne le font que soupçonner, à l'âge d'une primipare, ou à l'intervalle de temps écoulé entre deux grossesses. Le palper abdominal, seul, ou combiné au toucher, peut faire découvrir alors les fibromes de la face antérieure, ou du fond de l'utérus. Ceux de la face postérieure peuvent, malgré leur volume, se dérober à l'exploration. Il en est de même des fibromes intra-utérins : Leur diagnostic ne consistue qu'une découverte fortuite, de la délivrance artificielle ou de l'autopsie.

C'est ainsi que Boivin et Dugès (1) firent un pareil diagnostic d'autopsie.

---

1. Boivin et Dugès, *Maladies de l'utérus*, 1833.

C'était une femme de vingt-deux ans, accouchée normalement à terme, et qui succomba en vingt-quatre heures à des attaques d'éclampsie.

*A l'autopsie*, le col, entièrement relâché, était occupé par une tumeur pédiculée.

Le placenta, inséré sur la paroi postérieure de l'utérus, était en partie adhérent à la région antérieure du polype, lequel était très ramolli.

Nous en dirons autant des vices d'insertion placentaire qui, seulement soupçonnés chez des fibromateuses avérées, ne se révèlent, en général, qu'à l'apparition des accidents, ou au cours des manœuvres qu'ils nécessitent. C'est ainsi que Rémy découvrit un polype intra-utérin (1).

I-pare. Accouchement au forceps.

Hémorragie de la délivrance. La main achève facilement le décollement du placenta.

Le placenta était inséré à droite ; mais, à gauche je trouvais une partie qui me faisait croire que je laissais un cotylédon. Cependant sa forme en battant de cloche, sa résistance, la présence d'un fibrome dans la paroi, me firent changer d'opinion, et pencher pour un polype utérin, malgré la sensation d'irrégularités que fournissait la muqueuse à sa surface.

Il ne manquait d'ailleurs aucun cotylédon au placenta ; les membranes étaient intactes, sans trou à l'emporte-pièce,

---

1. Rémy, *Revue méd. de l'Est*, p. 65, 1889.

sans vaisseaux irréguliers. La délivrance était donc complète. Je me rendis au diagnostic de polype utérin du volume du pouce, d'une longueur telle que son extrémité arrivait presque jusqu'à l'orifice interne. Pas d'hémorragie. Aucun accident consécutif.

Encore doit-on s'entourer d'une certaine circonspection pour éviter de confondre le fibrome avec le placenta adhérent ou avec l'utérus lui-même.

Diagnostic différentiel. — Les conditions du diagnostic varient avec les principales périodes de la puerpéralité.

*Au début de la grossesse*, l'erreur sera de courte durée.

L'hémorragie est-elle le signal d'une banale fausse-couche ? Est-elle due à la rétroversion d'un utérus gravide ? La question est facile à résoudre par le toucher combiné au palper.

Remarquons ici que l'hémorragie du placenta vicieusement inséré — si elle est plus fréquente dans les derniers mois de la grossesse, — n'est pas impossible dans les premiers mois ; on peut y songer.

Parfois, au lieu de sang pur, on observe des écoulements séro-sanguinolents ; l'abdomen augmente rapidement de volume, l'état général s'altère, et l'on est en droit de se demander s'il s'agit d'une môle hydatiforme ou d'une endométrite liée à des fibromes.

*Vers la fin de la grossesse, et pendant le travail,*

il semble que les fibromes soient plus faciles à reconnaître. Ramollis et pseudo-fluctuants, ils se durcissent pendant la contraction utérine.

Il faut se défier cependant des prétendus fibromes des angles de l'utérus, qui disparaissent parfois comme des tumeurs fantômes. Était-ce une corne utérine anormalement développée, ou tout autre diverticule ? Point d'interrogation. Malgré leur fugacité, il paraît difficile d'incriminer de simples contractures. Celles-ci sont généralement douloureuses.

Il faut se défier également des tumeurs du segment inférieur.

Parfois, elles échappent entièrement à l'observation, comme dans le cas classique de Charpentier et Doléris (1882).

D'autre part, elles exposent à des interprétations erronées. On peut croire à une dilatation sacciforme de l'utérus. Celle-ci est favorisée par l'antéversion utérine et par l'insertion du placenta à la face postérieure du segment inférieur (Marquizy) (1).

La tumeur du col a pu être prise encore pour un placenta bas inséré. L'erreur a été commise par Depaul (cité par Chahbazian), et par Maygrier (1897).

Plus rarement enfin, la tumeur en a imposé pour un second fœtus (mort, puisque l'auscultation est négative). J. Morris (2) a confessé une pareille méprise :

---

1. Marquizy. Thèse de Paris, 1891.
2. J. Morris. Soc. de Gyn. et d'Obst. de Baltimore, janvier 1886.

il ne s'agissait que d'un fibrome interstitiel de la paroi postérieure de l'utérus ; après l'accouchement on trouva un « placenta prævia. »

Dans tous les cas douteux, on conseille de recourir au toucher profond, au besoin avec la main entière.

A l'exemple des cliniciens les plus avisés, qui réservent leur diagnostic de peur de se compromettre, on devra redoubler d'attention et renouveler l'examen de la malade, jusqu'à ce que les présomptions aient fait place à des certitudes.

*La délivrance* est, sans contredit, le stade de la puerpéralité le plus fertile en surprises.

Nous connaissons les caractères de la rétention et de l'adhérence placentaires.

Lorsque ces accidents appellent la main dans la cavité utérine, il est possible d'éclairer un diagnostic hésitant ou de faire des découvertes intéressantes. C'est en pareille occurrence que fut reconnue l'insertion du placenta sur un polype dans le cas d'Aubinais, et dans le nôtre.

C'est en ces occasions qu'on a remarqué la fréquence des adhérences au niveau des cornes utérines. Telle est cette observation de la clinique Baudelocque (n° 333, année 1897) : une délivrance artificielle fut pratiquée pour hémorragie *post partum*.

Le placenta était logé au-dessus d'un fibrome, dans une arrière-boutique représentée par le tiers supérieur du

corps utérin, et où un anneau de contraction très résistant ne donnait accès qu'à 2 doigts.

Le placenta, épais, était très adhérent, surtout au niveau de la corne droite.

D'autres fois, on constate au niveau de la corne utérine, un diverticule d'enchatonnement.

Herrgott y a trouvé incluse une portion du placenta. Son observation est relatée tout au long dans la thèse de Bubendorf (1).

Rémy (2) a pu y constater un fibrome.

Tout récemment, notre frère, Fernand Netter (dans le service du Dr Schwab à l'Hôpital de Rothschild) y a décélé à la fois un fibrome et une portion du placenta :

Il s'agissait d'une femme chez laquelle des troubles de compression pelvienne au début de la grossesse, avaient déjà fait songer à des fibromes utérins ; deux noyaux fibromateux restaient perceptibles à travers la paroi abdominale.

Une délivrance artificielle dut être pratiquée pour un enchatonnement du placenta, au voisinage de la corne droite ; le diverticule contenait un petit fibrome sessile du volume d'une noix, et environ deux cotylédons faiblement adhérents.

Certaines tumeurs peuvent être entraînées au

---

1. Bubendorf, Thèse de Nancy, 1881.
2. Rémy, Arch. de Tocol., 1889.

dehors avec le placenta qui leur adhère : c'est ce que fit Aubinais au cours de sa délivrance artificielle.

C'est ce qui arriva à la suite d'une expression française pratiquée par MM. Lepage et Couvelaire ; mais dans leur cas la tumeur était d'origine choriale.

Le placenta présentait presque au centre de sa face utérine, à la place d'un cotylédon, une tumeur grosse comme un œuf de poule, lisse, jaunâtre et bosselée, mais ne dépassant pas la surface placentaire.

La coupe montrait une coloration rouge, tachetée de blanc, comme des foyers hémorragiques d'âge différents.

Histologiquement, la tumeur était constituée par un stroma conjonctif dense, avec une vascularisation plus ou moins abondante ; par endroits, même, angiomateuse.

Cependant il s'agissait bien d'une tumeur des plus rares, d'origine choriale, car le revêtement externe de la tumeur était formé par le revêtement cellulaire du chorin.

En se contentant d'un examen superficiel, on aurait pu conclure à un fibrome utérin.

Aussi, avons-nous rappelé cette observation pour montrer la nécessité de poursuivre, chaque fois qu'il est possible, une enquête diagnostique complémentaire, en recherchant la nature microscopique des tumeurs, et leurs relations intenses avec le placenta.

On n'a plus que rarement l'occasion d'observer une inversion utérine, simple ou avec placenta resté adhérent.

On se gardera bien, le cas echéant, de prendre l'utérus pour un polype en voie d'expulsion.

S'il s'agit d'un polype, l'utérus se retrouve à sa place normale par le toucher combiné au palper. Il n'existe pas autour de la tumeur de rigole caractéristique ; il est vrai que la recherche de ce sillon est souvent difficile quand la tumeur est sphacélée.

*Après la délivrance* enfin, certaines affections peuvent être difficiles à étiqueter.

La clinique est souvent impuissante à faire le départ entre la suppuration des fibromes et l'infection puerpérale, si facile dans les utérus fibromateux.

Même les pièces d'hystérectomie en main, Mauclaire n'a pu opter entre un fibrome sphacélé ou des débris placentaires putrifiés. Seul le microscope put lever les doutes.

Quelle que soit leur date d'apparition, les accidents survenus dans les utérus fibromateux ont parfois une telle gravité, que le temps manque pour y préciser le « pourquoi ».

Grâce aux progrès de la chirurgie et de l'obstétrique, ce ne sera plus guère à l'amphithéâtre, mais sur la table d'opération, qu'on en devra trancher le diagnostic.

---

# CHAPITRE VII

## TRAITEMENT

C'est, en définitive, à soulager et à guérir que doivent tendre les efforts du médecin. Aussi est-ce à ce chapitre de thérapeutique que nous donnerons le plus d'ampleur: c'est cette place que nous avons réservée à la plupart de nos observations. Ainsi, les enseignements de l'histoire traceront d'eux-mêmes la marche à suivre ; l'exemple fera « passer le précepte avant lui ».

Il serait déplacé d'énumérer ici les interventions nécessaires à l'extraction du fœtus. Nous nous bornerons à celles qui visent le placenta et les fibromes.

### Indications opératoires

L'intervention est commandée par trois complications principales : la rétention placentaire, l'hémorragie, l'infection.

*La rétention placentaire* simple, par adhérence, est un phénomène à peu près normal *après un avortement*, et en l'absence d'accidents, il n'y a pas lieu de s'en inquiéter avant deux ou trois jours. Au

bout de ce laps de temps, en effet, la délivrance peut encore s'effectuer spontanément.

Si une pareille expectative est de règle après un avortement ordinaire, elle doit être l'exception dans les utérus fibromateux. En ces circonstances Kieffer n'a eu qu'à se louer de la délivrance artificielle extemporanée.

Houzel (1) tint la même conduite chez :

Une primipare de trente-cinq ans, qui avorta à cinq mois et demi. Une version sous chloroforme faite pour présentation de l'épaule permit d'extraire un enfant qui ne vécut que quelques heures.

Une exploration manuelle fit reconnaître au fond de l'utérus un volumineux fibrome sous-muqueux, qui donnait insertion au tiers du placenta.

La guérison ne fut retardée qu'au huitième jour par un léger sphacèle de la muqueuse. On en profita pour enlever la tumeur par morcellement, et depuis, la malade mena à terme une grossesse ultérieure.

*Après un accouchement à terme*, l'accord est à peu près fait ; on admet qu'une rétention placentaire prolongée audelà de trois heures expose les femmes à de graves résorptions septiques.

Enfin, quel que soit l'âge de la grossesse, la *putréfaction de l'œuf* impose la délivrance immédiate.

*L'hémorragie* constitue une indication à l'évacuation utérine, lorsqu'elle menace de retentir sur l'état

1. Houzel, *loc. cit.*

général; quand le pouls se maintient au-dessus de 100, que la face pâlit, qu'il y a des tendances syncopales.

Dans certains cas, la malade est si exténuée que la moindre perte de sang peut désormais lui être fatale.

Ramsbotham (1) a vu une femme arriver à un tel degré d'épuisement, à la suite d'un avortement. L'hémorragie avait été entretenue par *l'insertion du placenta sur un fibrome.*

C'était une multipare, enceinte de six mois, qui avait présenté des pertes sanguines continuelles pendant la grossesse, et surtout deux fortes pertes, l'une la veille de la visite, l'autre quinze jours auparavant.

A travers une dilatation de 1 franc, on sent la tête, on rompt les membranes; issue de liquide amniotique louche et vert. Amélioration.

Reprise des contractions utérines et expulsion d'un fœtus qui ne tarda pas à expirer, mais rejet d'un coagulum fétide accompagné de sang rouge.

Le lendemain, malgré l'absence de nouvelle perte, la femme était épuisée.

Appelé, Ramsbotham trouve le placenta partiellement ment décollé, en majeure partie adhérent à un polype du volume de deux poings, fixé au fond de l'utérus par un pédicule gros comme trois doigts.

Il enleva le placenta et, en l'absence d'hémorragie, il quitta

---

1. Ramsbotham, *Med. Times and Gaz.*, 1853, p. 13.

la femme en toute confiance. Tout à coup, elle ressentit une constriction à la région diaphragmatique et mourut.

Les hémorragies liées à *l'insertion basse du placenta* sont insidieuses. Elles se font à bas bruit, mais à répétition. De plus, elles sont progressivement croissantes comme le décollement du placenta lui-même.

Rappelons en quelques mots leurs indications thérapeutiques :

Dans tous les cas, le repos absolu au lit, les injections prolongées d'eau très chaude (50 degrés). Si l'état général s'aggrave, si le pouls reste à 100, d'abord la rupture large des membranes s'impose, puis le ballon de Champetier de Ribes, qui a le triple avantage d'être hémostatique, excitateur, dilatateur.

A son défaut seulement, ou si le fœtus est mort, on fera la version pelvienne. Enfin, pour sauvegarder les intérêts de l'enfant et de la mère, il peut devenir urgent d'intervenir sur l'utérus par la voie haute.

*Quant à l'infection*, elle est favorisée le plus souvent par la rétention placentaire.

Quelques exemples vont nous montrer ses dangers.

Voici d'abord des observations d'infection *post-abortum* dans des utérus fibromateux.

Nous les résumons.

Observation Tissier, 1885.

Une primipare de trente-trois ans fait un avortement de six mois le 8 juillet 1885.

Rétention placentaire. Impossibilité d'introduire la main.

Péritonite et mort le 14 juillet.

Observation Doléris, 1899 (rapportée tout au long dans la thèse de Turner).

Fibromatose utérne généralisée et avortement de cinq mois.

Rétention placentaire. Curettage impossible, car trajet cervical long et flexueux, et corps fixé dans les masses fibromateuses.

Mort par compression intestinale.

*Autopsie.* — Col étroit, long de 19 centimètres, oblique en haut, puis à gauche et en arrière. Conduit à cavité utérine, placenta adhère à corne gauche.

Observation Mouchotte (Thèse, 1902-1903, p. 95).

Fibromes utérins.

Avortement de deux mois et demi à trois mois soi-disant complet et plus tard avoué criminel.

Arrive en pleine infection puerpérale.

Un curettage d'urgence ramène quelques débris placentaires.

Mort quelques jours après.

*Autopsie.* — On trouva dans un cavum sus-fibromateux une masse de tissu décidual, sans élément placentaire caractéristique.

Observation de la clinique Baudelocque, 1891 (signalée *in* thèse Mouchotte, p. 198).

Avortement fait en ville.

Rétention du placenta décollé et putréfié au-dessus d'un fibrome intra-utérin.

Septicémie. Un curage digital permet d'extraire 6 grammes de débris placentaires, et de reconnaître des irrégularités de la surface utérine, qu'on attribue à la persistance de la muqueuse utéro-placentaire.

Malgré tout, continuation de la septicémie et mort.

*Les infections post-partum* sont, elles aussi, responsables de plusieurs morts.

En voici trois courtes observations, antérieures à l'ère antiseptique, et, par cela même, susceptibles d'être disqualifiées. Toutefois, on n'a pas eu à intervenir pour la délivrance, qui a été naturelle. Et le protocole des autopsies fait entrevoir l'infection du fibrome, favorisée par des adhérences placentaires.

Observation Bœhmer (signalée *in Traité de Nœgele*, p. 506, et reproduite presque textuellement par Lefour).

Tumeur fibreuse pesant 4 kilogrammes (d'après la description, c'était un fibroïde sous-muqueux), s'étendant à droite, depuis le fond de l'utérus jusqu'à son orifice.

Accouchement au forcep.

Mort le neuvième jour.

Observation R. Lee (*Med. Chir. Trans.*, vol. XIX, p. 1835)

Femme, quarante-deux ans, hydramnios.

Embryotomie. Fœtus hydrocéphale.

Délivrance naturelle.

Mère morte de péritonite trois jours après.

*Autopsie.* — Tumeur fibreuse, grosse comme un œuf de pigeon, incorporée à la paroi utérine au niveau de l'insertion placentaire.

Observation Ingleby (*Edim. Med. Journ.*, 1839, p. 75).

Multipare.

Tumeur fibreuse du fond de l'utérus.

Accouchement à terme spontané, suivi de tranchées utérines violentes, petites, hémorragie, délire.

Délivrance naturelle.

Mort d'infection putride trois semaines après.

*Autopsie.* — Ingleby fait cette réflexion : « Le placenta a dû nécessairement recouvrir la tumeur, circonstance à laquelle on doit attribuer l'aspect déchiré des tissus, et en même temps le sang extravasé à ce niveau. » D'où infection consécutive de la tumeur.

Toutes ces complications sont justiciables d'un traitement efficace, pourvu qu'il soit appliqué au moment opportun. Aussi n'existe-t-il pas de thérapeutique univoque ; seules les circonstances doivent inspirer le clinicien attentif.

## Modes d'intervention

La délivrance doit toujours être activement surveillée, que la femme soit, ou non, porteuse de fibromes. On se tiendra sur ses gardes, debout, près de la femme.

*Lorsque le placenta est bien inséré*, à distance de l'aire du fibrome, la délivrance n'est guère modifiée. A peine est-elle parfois un peu retardée par un certain degré d'inertie utérine ; le globe de sûreté n'apparaît pas immédiatement.

Quelques injections chaudes, une légère expression utérine suffiront à réveiller la rétractilité de l'utérus, et à décoller le placenta.

On examinera soigneusement la délivrance et si elle paraît incomplète, on n'hésitera pas à introduire séance tenance dans l'utérus la main dûment aseptisée.

Krebs (1), a observé une rétention de membranes comme unique complication d'un fibrome sous-muqueux ; elles furent extraites au doigt.

*La délivrance artificielle*, pratiquée sous le couvert d'une bonne asepsie, est devenue le traitement idéal de la délivrance compliquée ou dystocique.

Par délivrance artificielle, nous entendons, non seulement le décollement manuel du placenta, qui se pratique après un accouchement à terme, mais aussi le curage uni ou bidigital réservé aux rétentions placentaires *post-abortum*.

*Après l'avortement*, on abuse dans la plupart des services de chirurgie, du curettage instrumental. Nous ne ferons pas à la curette l'injure de la dire aveugle : entre des mains expertes et prudentes, une curette mousse, assez large et pas trop courbe, peut

---

1. Krebs, *Zentralbl. f. Gynec*, n° 27, p. 845, 1911.

prétendre, par un travail méthodique, à l'évacuation d'un utérus accessible.

Mais elle dépasse généralement le but. Elle ne se contente pas de déblayer les débris placentaires et membraneux. Elle entame aussi la muqueuse et l'enveloppe celluleuse des fibromes. Par là elle ouvre de nombreuses portes à l'infection, toujours imminente dans les utérus fibromateux, et rend un nouvel avortement presque inévitable s'il survient une fécondation avant la réfection de la muqueuse.

D'autre part, la dilatation nécessaire au passage d'une curette de dimension convenable, suffit en général à l'introduction du doigt.

Pour toutes ces raisons, la curette doit céder le pas au *curage digital*.

On commencera par dilater le col s'il est revenu sur lui-même, ou si son étroitesse a suffi à l'expulsion d'un petit fœtus. Selon l'urgence, la dilatation sera obtenue, lentement avec des laminaires, ou rapidement avec des bougies de Hégar.

La main entière sera alors engagée dans le vagin (après anesthésie si possible). Puis un ou deux doigts exploreront la cavité utérine, et décolleront en bloc l'arrière-faix.

Les angles de l'utérus, que la main abdominale empêchera de fuir, seront l'objet d'une attention spéciale, un certain nombre de salpingites ou de grossesses extra-utérines n'ont pas d'autre origine qu'une infection voisine des ostiums utérins.

*Après l'accouchement*, la délivrance artificielle n'a

pas une technique essentiellement différente. L'anesthésie n'est pas nécessaire pour introduire la main dans le vagin et dans l'utérus.

Le décollement se fait avec le bord cubital de la main ou avec l'extrémité des doigts, suivant que l'adhérence est moyenne ou forte.

On essaiera aussi d'extraire en bloc le gâteau placentaire, et, si l'on n'y parvient pas, on n'hésitera pas à reviser plusieurs fois de suite la cavité utérine, en insistant toujours sur les diverticules angulaires, et sur les cavums périfibromateux.

Avec la main intra-utérine, il ne faut cependant pas avoir la prétention de faire table rase. On s'exposerait à dépouiller l'utérus de sa muqueuse, à dilacérer les mailles musculaires avec leurs larges sinus sanguins, à se perdre dans le tissu fibromateux.

Il faut savoir se tenir dans un juste milieu. C'est là une question de tact, d'autant plus délicate à résoudre qu'on est parfois trompé par les apparences, par les irrégularités de la muqueuse inter-utéro-placentaire, par la consistance du fibrome.

Où la difficulté augmente, c'est lorsque le placenta fait corps avec la tumeur. Nous nous en sommes personnellement rendu compte.

Observation personnelle (inédite). — *Délivrance artificielle pour insertion du placenta sur un polype utérin.*

Mme L... Louise, I-pare de trente ans.

Sans aucun antécédent pathologique.

Normalement réglée depuis l'âge de treize ans.

A eu ses dernières règles le 24 septembre 1910.

Aucune particularité pendant la grossesse (pas d'albumine).

A terme, elle nous est adressée par le Dr V..., à la maternité de l'hôpital Tenon, le 5 juillet 1911, à 7 heures du soir. Se plaignant de vives douleurs lombaires, elle était en travail depuis quarante heures, avait perdu précocement les eaux depuis quatre heures, et venait d'être l'objet d'une tentative d'application de forceps.

A l'examen pratiqué à son arrivée, la dilatation avait les dimensions d'une petite paume de main ; le sommet se présentait en position droite postérieure ; l'enfant était vivant.

La dilatation ne se compléta qu'au bout d'une demi-heure.

Peu de temps après, une modification des bruits du cœur (d'abord accélérés, puis ralentis) nécessita une application de forceps en O. I. D. T. Ainsi fut extrait un garçon vivant pesant 3.700 grammes.

*La délivrance* devait, elle aussi, réclamer une intervention. Elle n'était pas encore effectuée au bout de deux heures. L'utérus, inerte, s'était rempli de caillots ; le col tendait à se refermer. Le pouls dépassait 100, les lèvres étaient décolorées. La main, introduite dans l'utérus, put facilement décoller toute la périphérie du placenta. Mais son centre restait adhérent sur une surface de trois à quatre cotylédons ; il fallut le déchiqueter avec l'extrémité des doigts, comme lorsqu'on décortique une orange (selon la comparaison de Tarnier).

A ce niveau, en effet, le placenta s'insérait sur une tumeur du volume d'une mandarine, de consistance ferme, fixée près de la corne droite par un pédicule épais et court de 1 cm. 1/2 environ, large de trois travers de doigts.

En raison de la largeur de ce pédicule et de l'hémostase obtenue par la délivrance artificielle, ce polype fut abandonné dans l'utérus.

La sage-femme de garde, Mlle Gallay, le constata à son tour; et une injection utérine à l'eau iodée termina la manœuvre.

Le placenta, enlevé en une seule masse, déchiquetée à son centre, pesait 420 grammes. Le cordon, de volume grêle, s'y insérait excentriquement.

*Les suites de couches* ont été excellentes.

La température se maintint toujours au voisinage de 37 degrés.

Le pouls resta quelque temps à 100 ; il était à 84 à la sortie au dixième jour.

Quant à l'utérus, voici comment s'est faite son involution :

Le lendemain de l'accouchement, le fond était encore à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

Deux injections d'ergotine pratiquées les deuxième et troisième jours, le ramènent d'abord à l'ombilic, puis à un travers de doigt au-dessous.

Le quatrième jour, il était à mi-distance entre l'ombilic et la symphyse.

Et à la sortie de la malade, au dixième jour, il ne débordait la symphyse que de deux à trois travers de doigt.

Hâtons-nous d'ajouter que la mère allaite son enfant, et qu'elle est, d'ailleurs une parfaite nourrice.

Cette observation peut être superposée, pour le mode d'insertion, à celle d'Aubinais.

Observation Aubinais (*Gaz. méd. de Paris*, 1844). — *Observation de polype utérin adhérent au placenta et heureusement extirpé durant l'accouchement.*

Une femme, âgée de trente-cinq ans, vit, après deux accouchements heureux, apparaître des métrorragies fréquentes accompagnées de douleurs de reins.

Cet état dura cinq ans ; puis elle devint enceinte une troisième fois.

M. Aubinais, appelé auprès d'elle, la trouva accouchée ; mais en tirant sur le cordon, on l'avait rompu, et le placenta était demeuré dans l'utérus.

Le doigt, conduit le long des débris du cordon, constate d'abord que celui-ci était inséré au centre du placenta ; mais à 27 millimètres à gauche de son point d'insertion, on reconnaît l'existence d'une tumeur du volume d'un gros œuf de poule, qui faisait bomber le placenta en forme de cul-de-lampe.

On décolla alors le placenta de gauche à droite ; mais en arrivant au polype, on s'aperçut qu'il adhérait avec le placenta, ce qui expliqua la rupture du cordon. Si l'on tirait sur le placenta, le polype était entraîné, mais l'utérus suivait cet entraînement.

M. Aubinais fit alors solidement appuyer la matrice sur le sacrum par l'apposition d'une main sur l'hypogastre ; puis, saisissant le polype dont le pédicule lui avait paru grêle, il en fit la torsion et l'arracha sans trop de difficultés. En le retirant, il entraîna avec lui toute la masse placentaire.

Aucune hémorragie grave n'eut lieu.

Les adhérences du polype avec le placenta furent alors examinées ; elles étaient fortes, surtout dans la largeur d'une

pièce de 1 franc. Quelques vaisseaux sanguins très tenus établissaient une circulation entre le polype et le placenta, et, en pressant simultanément ces deux corps, on voyait ces vaisseaux se remplir de sang.

La malade fut promptement guérie.

Elle est, depuis lors, accouchée heureusement une quatrième fois.

Dans l'observation du Dr Berlin (de Nice), le placenta adhérait à la surface d'implantation d'une volumineuse tumeur juxta-utérine. En voici le résumé :

Observation Berlin (de Nice) (*Archives de tocologie*, 1890, p. 700).

Primipare de quarante-deux ans (bien que mariée depuis vingt ans).

Grossesse de huit mois environ.

Fibromyome largement implanté sur la partie droite du corps de l'utérus.

Rupture prématurée de la poche des eaux.

Accouchement à terme ; absence de rotation. Extraction au forceps.

Enfant vivant.

*Hémorragie de la délivrance*, dix minutes après l'accouchement, la patiente accuse quelques coliques, pâlit, se sent inondée d'un flot de sang rutilant par la vulve.

Le cordon, à peine saisi, se rompt à son insertion placentaire ; il était grêle, verdâtre et comme macéré. « J'introduis rapidement la main dans l'utérus; je trouve le placenta

assez fortement adhérent au niveau de l'implantation de la tumeur ; j'en achève le décollement et je l'extrais. »

La mère mourut au dix-huitième jour d'embolie cardio-pulmonaire ? D'après l'allure des accidents, car l'autopsie ne fut pas possible.

L'observation du Dr Maygrier est peut-être la plus instructive de toutes, nous n'hésitons pas à la rapporter presque *in extenso*, car elle condense en elle la plupart des accidents de l'insertion du placenta dans les utérus fibromateux.

Observation Maygrier (*Bull. et Mém. de la Soc. obstétricale et gynécologique de Paris*, 14 janvier 1897). — *Placenta prævia.* — *Hémorragies* répétées et anémie grave. — *Version* par manœuvres internes, et extraction d'un *enfant mort de huit mois* environ. — *Délivrance artificielle très pénible par adhérences anormales du placenta inséré sur une tumeur fibreuse du segment inférieur de l'utérus* (ramollie et restée méconnue). — Mort de la femme une heure et demie après l'accouchement.

II-pare.

Premier accouchement terminé à huit mois par présentation du siège ; enfant ne vécut que trois heures.

Grossesse actuelle d'environ huit mois, marquée par des hémorragies qui font envoyer la malade à la maternité de Lariboisière.

Utérus dur, rétracté par suite d'administration de seigle ergoté (?), rendant difficile la palpation du fœtus. Cependant, on reconnaît une présentation transversale.

Bruits du cœur non perçus.

Col ouvert, admettant facilement deux doigts ; on trouve nettement des *cotylédons placentaires* engagés dans l'orifice cervical.

Le bassin est bien conformé.

Le Dr Maygrier, prévenu aussitôt, décide d'intervenir.

« Après avoir introduit la main droite dans le vagin, je pénètre avec l'extrémité des doigts dans l'orifice cervical, où je rencontre partout du tissu placentaire très résistant, et je m'efforce de le décoller pour atteindre les membranes et les rompre.

» Ne pouvant y parvenir, tant le placenta me paraît adhérent, je m'efforce de pénétrer dans la cavité utérine en traversant directement le délivre ; cette perforation est très pénible, et ce n'est qu'avec la plus grande difficulté que je peux arriver enfin aux membranes que je romps.

» Le liquide amniotique s'écoule jaunâtre.

» J'éprouve alors une gêne considérable à introduire la main tout entière dans l'utérus, comme si quelque obstacle invisible s'opposait à cette pénétration.

» J'attribue ces difficultés à la réaction exagérée de l'organe, et, après bien des efforts, je peux tirer un pied et l'attirer au dehors. Je pratique l'extraction du tronc, en procédant avec lenteur, pour éviter de vider trop brusquement l'utérus, et de déterminer ainsi une syncope. La tête dernière est dégagée sans difficulté.

» L'enfant mort est du sexe masculin, il pèse 2.400 grammes et a 55 centimètres de longueur.

» Après la sortie du fœtus, une injection chaude au sublimé est faite immédiatement et je réintroduis la main dans les

organes génitaux pour pratiquer la *délivrance artificielle.* Je trouve alors, faisant suite au cordon, quelques cotylédons flottants, et j'essaie de décoller toute la masse placentaire que je crois sentir insérée sur le segment inférieur, particulièrement à gauche et en arrière.

» Mais elle présente des *adhérences si intimes* à la paroi utérine, qu'elle semble faire corps avec elle, et qu'il m'est impossible d'effectuer la délivrance autrement que par *lambeaux déchiquetés* plus ou moins volumineux. Chaque fois que je remets la main dans l'utérus, je constate qu'il y reste encore une masse volumineuse de consistance molle, mais extrêmement résistante que je cherche inutilement à entraîner, la prenant d'abord pour le reste du délivre. Toutefois la résistance que j'éprouve me laisse bientôt hésitant sur la nature de cette masse qui pourrait bien être une tumeur ramollie. Très fatigué par ces manœuvres, je renonce à achever moi-même cette délivrance artificielle, une des plus pénibles que j'aie jamais eu à pratiquer, et je prie la sage-femme de garde de me remplacer. Elle trouve, comme moi, un corps volumineux et mou, implanté sur le segment inférieur de l'utérus, et ne peut arriver à en extraire que quelques lambeaux.

» Finalement, on cesse toute tentative d'extraction; l'utérus est irrigué largement et on abandonne à la nature l'expulsion des portions de délivre qui peuvent être restées dans l'utérus.

» En réunissant tous les débris placentaires qui ont été enlevés, on a un amas du poids de 470 grammes.

» Aussitôt après l'intervention, la femme est agitée, son pouls est à 120. La faiblesse paraît extrême. On lui fait de

nouvelles injections sous-cutanées d'éther et de sérum. Mais son état s'aggrave rapidement, et elle tombe dans le collapsus.

» A 7 heures, on fait dans une des veines du bras une injection intra-véneuse de 1.200 grammes de sérum. Mais il est trop tard ; c'est à peine si le pouls redevient un peu plus fort. Pendant quelques instants, la torpeur augmente, la respiration s'embarrasse, le pouls devient imperceptible, et la mort survient à 7 h. 1/2.

» L'*utérus* a été enlevé deux heures après la mort, et examiné avec soin.

» La surface extérieure ne présente rien d'anormal. Toutefois il est très volumineux, et semble renfermer un corps étranger dans son intérieur.

» On l'ouvre alors par une incision faite dans toute la hauteur de sa face antérieure; on découvre immédiatement une *tumeur* qui occupe la partie inférieure de l'utérus.

» Cette tumeur a exactement le siège suivant : elle est implantée sur les faces postérieure latérale gauche et un peu antérieure du segment inférieur. Elle est distante du bord libre de l'orifice externe du col, de 2 cm. 5, et du fond de l'utérus de 12 centimètres. Elle a 16 centimètres de hauteur sur 17 centimètres de large, son épaisseur est de 5 centimètres au centre, qui est le point le plus épais.

» La consistance est molle, mais sa trame est très résistante.

» Sa surface, qui est d'une coloration rougeâtre présente par places des portions déchiquetées, des pertes de substance longitudinales ; il est impossible de reconnaître nettement des traces du tissu placentaire normal à son niveau.

Le *placenta* était altéré lui-même ; *fibreux et adhérent à la tumeur*, au point de se confondre avec elle .ce qui explique, qu'en pratiquant la délivrance artificielle, on a pu arracher des lambeanx de néoplasme.»

Comme on le voit, la délivrance artificielle est parfois hérissée de difficultés. Elle tient ses promesses si on ne lui demande que ce qu'elle peut donner : la disparition des accidents liés à la rétention placentaire.

Mais l'extraction du placenta ne supprime pas les fibromes interstitiels qui entretiennent l'inertie ; elle ne fait pas disparaître les exulcérations produites à la surface du fibrome par le décollement de l'arrière faix.

Quoi d'étonnant alors, si l'hémorragie reparaît après la délivrance artificielle, comme l'a vu R. Grière (cité par Lefour).

Observation R. Grière (*In Glascow medic. Journal*)

*L'insertion du placenta sur la tumeur* permit un accouchement spontané ; la délivrance artificielle fut suivie d'hémorragie.

La mère guérit ; l'enfant était vivant.

Dans un semblable utérus, Macfarlane (cité par Lefour) n'a-t-il pas vu l'hémorragie reparaître même après une délivrance naturelle.

Observation Macfarlane (*In Ingleby's obs. med.*, p. 142).

*Polype* du volume d'une tête d'enfant à terme, *sur lequel s'incérait le placenta.*

Délivrance naturelle suivie d'hémorragie.

Guérison de la mère. Enfant(?)

Encore, dans ces deux cas, l'hémorragie fut de courte durée. Mais comment prévoir qu'elle va être intarissable, que la dégénérescence fibromateuse des fibres musculaires de l'utérus va laisser persister un suintement sanguin, malgré la délivrance artificielle et le tamponnement. On ne peut malheureusement que le constater, comme ont eu l'occasion de le faire en 1897, MM. Ribemont-Dessaigne et Lepage, à la maternité de l'Hôpital Beaujon.

On comprend que de pareils cas émeuvent, et qu'on soit en droit de se demander à quel moment précis les intérêts de la mère mériteraient le sacrifice de son utérus.

*L'hystérectomie.* — Cette opération peut être commandée, quel que soit l'âge de la grossesse, par l'hémorragie ou l'infection.

*Des hémorragies* graves firent tenter l'hystérectomie avant le terme de la grossesse à Storer (1); son opérée mourut.

Schrœder, Hegar la préconisèrent également.

---

1. Storer, *Journ. of the Gynecol. Soc. Boston.* Bd I, p. 223, 1868.

Kaltenbach, dans les mêmes conditions, obtint un succès. L'hémorragie était liée à l'insertion du placenta sur un fibrome.

Observation Kaltenbach (*Centralbl. für Gyn.*, n° 15, 1880).

Il s'agissait d'une primipare de trente-deux ans, au quatrième ou cinquième mois de sa grossesse ; en proie à des métrorragies depuis deux mois, et à des phénomènes de compression.

L'extirpation de l'utérus fut suivie de guérison.

L'utérus présentait plusieurs tumeurs fibromateuses, dont la principale, pesant 3.350 grammes, était interstitielle, et occupait toute l'étendue du fond de l'utérus ; un peu ramollie à son intérieur, elle donnait insertion au placenta, et à son niveau la musculature était creusée de volumineux sinus sanguins.

Pareille cause d'hémorragie justifia l'intervention de MM. Proust et Sorel ; le curettage était aléatoire, et l'avortement paraissait compliqué (de fibrome ou de grossesse extra-utérine ?).

Observation Proust et Sorel (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom.*, octobre 1909).

C'était une III-pare de trente-six ans, dont le premier accouchement avait eu lieu à sept mois (albuminurie) ; sept ans plus tard, fausse-couche de quatre mois suivie de métrite hémorragique.

L'âge de la grossesse actuelle était imprécis : les hémorra-

gies survenues le mois précédent avaient été prises pour des règles.

Depuis cinq jours d'abondantes métrorragies avaient rendu grave l'état général : le pouls était incomptable, la température à 36°8 ; l'état syncopal.

Le col utérin, mou et entr'ouvert, permettait de sentir une masse molle, comme une fausse couche en train de se faire.

Dans le cul-de-sac de Douglas, douloureux, on percevait le fond de l'utérus ; sur le côté droit, des nodosités dont les connexions avec l'utérus étaient difficiles à préciser.

L'utérus contenait un *fibrome* soulevant la muqueuse juste au niveau de l'insertion placentaire.

Le succès de telles interventions a entraîné la conviction de Treub. Il les recommande systématiquement, dans la crainte des hémorragies par insertion du placenta sur les tumeurs, lorsqu'une enquête soigneuse a fait reconnaître de grands noyaux fibromateux de la paroi utérine. En attendant l'opération, il prévient même, par un tamponnement, le décollement du placenta. Peut-être, en l'absence d'accidents, nous contenterions-nous de préparer tout pour une hystérectomie, mais en la différant jusqu'à ce que le curage (digital ou manuel) ait fait ses preuves. Cet ajournement peut permettre des grossesses ultérieures. Dans certains cas, d'ailleurs, l'épreuve du curage est impossible : le col est réduit à un étroit chenal, long et tortueux, absolument impraticable.

L'hystérectomie devint ainsi la seule ressource de

Voron (cité par Treub), de MM. Baumgartner et Moure dont nous résumons l'observation.

Observation Baumgartner et Moure (*Bull. et Mém. Soc. Anatom.*, juin 1909).

Femme de quarante ans, dans les antécédents de laquelle on trouve une fausse couche de trois mois à vingt-six ans, et des douleurs abdomino-crurales depuis l'âge de trente-quatre ans.

Elle entre à l'hôpital soixante-quatre heures après avoir expulsé un fœtus de quatre mois et demi.

Fortement anémiée par des hémorragies, elle ne peut être délivrée artificiellement.

En effet, le doigt ne peut franchir l'isthme utérin, que rétrécit à sa partie antéro-latérale droite, un fibrome du volume d'une orange.

On fit une hystérectomie, et la malade guérit.

Le placenta était adhérent dans le cavum sus-fibromateux.

Dans un cas où l'obstacle était dû au placenta lui-même, et où la grossesse était au voisinage du terme, l'hémorragie a engagé le Dr Lepage à pratiquer une opération de Porro ; elle fut suivie d'un plein succès.

Observation Lepage (*Soc. d'Obst. de Gyn. et de Péd.*, p. 62, 1900).

C'était une grossesse à terme dans un utérus fibromateux, avec une hémorragie grave liée à une insertion basse du placenta.

La mère guérit, l'enfant obtenu vivant.

*A l'examen de la pièce* l'orifice de section du segment inférieur était complètement oblitéré par le placenta adhérent.

A l'utérus étaient appendues 2 masses fibreuses et myxomateuses.

L'insertion du placenta sur la tumeur peut également forcer la main de l'opérateur, au cours d'une césarienne, et l'obliger à sacrifier l'utérus.

De même l'hystérectomie doit suivre la césarienne quand l'œuf est ouvert depuis longtemps. C'est dire qu'un enfant vivant doit toujours être extrait avant que l'utérus ne soit extirpé.

*L'infection* menaçante ou déclarée peut donc réclamer une intervention radicale. Toutefois, si l'hystérectomie tarit à coup sûr la source de l'hémorragie, la suppression du foyer d'infection n'amène pas toujours la sédation des phénomènes infectieux.

La mort survint, malgré les opérations *post-abortum* de Mann et de Monod.

Observation Mann (*The Americ. Gynecol. and Obst. Journ.*, 1896, t. I, p. 452-452).

*Fibromes utérins. Avortement provoqué. Rétention placentaire.*

*Curage complet impossible. Hystérectomie abdominale. Mort.*

C'était une primipare de trente-cinq ans, que Mann fit avorter au quatrième mois, en raison de l'accroissement

rapide de ses tumeurs : à cette époque l'utérus était devenu aussi volumineux qu'à terme.

Mais la délivrance nécessita l'emploi des doigts et de la curette; elle fut pénible, en raison de la saillie des fibromes qui réduisaient la cavité utérine à un canal semi-circulaire.

Trois jours après, des signes d'infection apparaissent et persistent.

Le dixième jour on se décide à pratiquer une hystérectomie.

La malade mourut au bout de vingt-quatre heures.

La tumeur était entièrement putréfiée.

Un morceau de placenta putréfié était resté à l'angle supérieur de l'utérus.

De l'aveu même de l'auteur, l'opération avait été trop tardive.

D'autre part, l'avortement provoqué est généralement déconseillé en présence de ces tumeurs à marche galopante (selon le mot de Pozzi). Seule l'ablation radicale leur convient.

Dans l'*observation de Monod* (*in* thèse Mouchotte).

On avait affaire à un avortement suivi d'une rétention placentaire dans un utérus fibromateux.

Le curettage, tenté le lendemain de l'expulsion du fœtus, était impossible.

L'infection survint, nécessitant une hystérectomie six jours après l'expulsion du fœtus. Mort quatre jours après l'opération.

*L'examen des pièces* montre un placenta adhérent, incar-

céré au-dessus d'un fibrome gros comme une tête de fœtus, qui remplissait la cavité utérine.

Ce fibrome était sphacélé superficiellement, et avait une odeur de putréfaction.

Observation Mauclaire (Soc. d'Obst., de Gyn. et de Péd., 12 mai 1906, et thèse de Georges Berger, 1906).

Mauclaire fut plus heureux. Son opérée guérit.

C'était une fausse couche de deux mois, suivie de phénomènes infectieux trois jours après.

Curettage le septième jour. Hystérectomie subtotale un mois après.

Fibrome sphacélé et suppuré.

Même après un accouchement voisin du terme, les fibromes et la rétraction des tissus peuvent créer un obstacle suffisant à l'extraction du placenta ou à l'écoulement des lochies, pour nécessiter une hystérectomie.

Tels sont les cas de Riche, Demelin et Brindeau, Potocki.

Observation Riche (Riche et O. Macé, *Bull. Soc. d'Obst. de Paris*, 1905, p. 226, rapportée par Ed. Schwartz à la *Soc. de Chir.*, 1er avril 1908, p. 505).

Utérus fibromateux enlevé trois jours après accouchement normal, chez une femme épuisée par d'abondantes hémorragies de la délivrance.

Gravement infectée par suite de rétention dans utérus obstrué par un fibrome, de lochies fétides.

Hystérectomie abdominale totale. Guérison.

Observation Demelin et Brindeau (Soc. d'Obst. de Paris, 19 mai 1910).

Fibrome déterminant dystocie.

Accouchement nécessitant éviscération et craniectomie sur la tête dernière, écoulement lochial fétide consécutif et extraction d'un fibrome sphacélé tendant à s'accoucher.

Hystérectomie vaginale nécessitée par une déchirure de la face postérieure de l'utérus, au point d'insertion du fibrome.

Observation Potocki (compte rendu de la Soc. d'Obst., Gyn. et Péd., juillet 1910).

*Rétention placentaire dans un utérus fibromateux.*

*Hystérectomie abbominale. Guérison opératoire.*

Dangers des injections massives de sérum artificiel.

Accouchement prématuré spontané d'un fœtus putréfié de 2.200 grammes en présentation de l'épaule.

Mais l'utérus resta gros ; le col refermé est bourré sur toute la longueur de noyaux fibromateux.

La délivrance cependant s'imposait, d'autant plus urgente que l'œuf était putréfié, mais à peine un doigt pouvait être introduit dans le col.

Expectation après injection intra-utérine et pose d'un drain pour drainer et exciter les contractions.

Mais vingt-quatre heures après, ce placenta à terme était toujours retenu (sans aggravation de l'état général).

Le lendemain l'état général tendant à s'aggraver, on fait une hystérectomie abdominale totale par le procédé américain.

Injections de sérum artificiel : 500 grammes le premier jour ; 800 grammes le deuxième jour ; 1.000 grammes le troisième jour ; 1.000 grammes le quatrième jour.

Anasarque. Obligurie. Mauvais état général.

Mort dix jours après l'hystérectomie.

Faut-il incriminer les injections massives de sérum, ou s'attacher à l'objection d'une thrombose de la veine cave inférieure propagée aux veines rénales et iliaques primitives (?) Seule l'autopsie aurait pu lever cette hypothèse.

Ce qu'il faut retenir, c'est qu'il n'existe à l'heure actuelle aucun critérium bactériologique ou clinique pour dicter l'hystérectomie dans l'infection utérine.

Elle n'est indiquée d'urgence qu'en l'impossibilité d'extraire à la main un placenta putréfié.

Dans les autres cas, elle n'est souvent qu'une « invitation » plus ou moins pressante que chacun apprécie à sa manière.

Ne cite-t-on pas, d'autre part, des circonstances où cette opération même n'était pas réalisable.

Nous faisons allusion au fameux cas de Herrgott (1889) : une tumeur enclavée et adhérente menaçait de rendre l'hystérectomie laborieuse.

Ingénieusement, Herrgott marsupialisa l'utérus ; il sutura les bords de l'incision utérine à ceux de l'incision abdominale. Le placenta putréfié et adhérent s'élimina par fragments, la tumeur régressa, et la malade guérit au bout de deux mois.

L'hystérectomie n'est jamais qu'un pis-aller, et

l'on s'est demandé, avec raison, si le même but ne pouvait être atteint, avec moins de frais, en agissant sur l'obstacle lui-même, sur le fibrome.

*Extirpation du fibrome.* — La myomectomie ou l'ablation d'un polype ont pu permettre la délivrance, tarir l'hémorragie, prévenir l'infection.

*Contre les hémorragies*, la polypectomie est recommandée à titre préventif par Oldham (1) ; il se base sur 12 observations pour conseiller l'ablation des polypes qui apparaissent à la vulve ou au col utérin.

Aubinais, dont l'observation est relatée plus haut, en arracha un avec le placenta qui s'y insérait et qui s'y reliait par de petits vaisseaux ; il engage à profiter des conditions favorables dans lesquelles se trouve la matrice, pour tenter à ce moment l'arrachement d'un polype pédiculé, lorsque son pédicule aura paru mince et étroit.

Ribemont-Dessaignes et Lepage (*Précis d'Obstétrique*, 1904) conseillent également de sectionner le pédicule des polypes.

La myomectonie est surtout indiquée à titre curatif. Dans deux observations, citées par Pujol, elle fit céder des hémorragies consécutives à la délivrance.

Observation Becher (*Berlin. Klinisch. Woch.*, 1882 ?).

Violente hémorragie après délivrance.

Exploration de la cavité utérine : on reconnaît la présence

---

1. Oldham, *Guy's Hosp. Rep. Apr.*, 1844.

d'une tumeur fibreuse que l'on réussit à énucléer avec les doigts.

Observation P. Ruge (*Berlin. Klin. Woch.*, 1888, p. 557).

II-pare, onze ans après la première grossesse.

L'accouchement à terme d'un enfant en présentation du siège s'accomplit très bien.

Une hémorragie profuse exigea la délivrance immédiate.

Deux heures après, nouvelle hémorragie.

Ruge fendit la capsule d'enveloppe du myome, qui était interstitiel, et l'énucléa. L'hémorragie s'arrêta.

La tumeur présentait des phénomènes de fonte commençante.

Hartog ne fut pas aussi heureux ; son énucléation ne put réprimer ni l'inertie utérine, ni l'hémorragie.

Observation Hartog (*Monatsschrift f. Geburt und Gyn.*, bd 29, n° 18, 1909).

V-pare de trente-huit ans, livrée à trois jours de travail.

Présentation mode des pieds avec procidence du cordon. On continue l'extraction de l'enfant, doucement et prudemment. Perforation de la tête dernière.

Une forte hémorragie nécessite la délivrance manuelle. La main introduite trouva la cavité utérine rétrécie par une tumeur plus grosse qu'une tête de fœtus, étalée à la partie supérieure du segment cervical et qui fut reconnue pour un fibrome sous-muqueux. On arriva avec peine à longer cette tumeur pour pénétrer dans la cavité utérine et arriver jusqu'au placenta. Celui-ci était un peu adhérent à la corne

gauche, et fut extrait en entier sans grande difficulté. L'uté rus se contracta, à l'aide de massages énergiques, d'une façon satisfaisante ; sur ces entrefaites, une hémorragie grave et menaçante survint.

On décida d'énucléer le fibrome, quitte à extirper l'utérus au besoin. L'énucléation se fit sans difficulté notable et l'hémorragie prit fin.

Une exploration de l'utérus montra qu'il n'existait pas de perforation.

Une heure après, petite hémorragie à laquelle on ne peut mettre fin malgré le massage.

L'état général empira ; pouls imperceptible malgré l'huile camphrée.

On fit le tamponnement en désespoir de cause.

Deux heures après, mort.

Si l'on rapproche cette observation de celle de Ribemont-Dessaignes et Lepage, où la persistance d'un suintement sanguin se manifeste trop tard pour qu'on puisse parler de laparotomie, on arrive à se poser cet angoisant dilemme : ou risquer quelques existences en essayant de conserver plus d'utérus, ou risquer quelques hystérectomies qui ne seraient pas indispensables au salut de la mère.

C'est ce dernier parti qui nous paraît rallier le plus de suffrages.

*Contre l'infection.* — L'extirpation du fibrome a souvent la plus heureuse influence.

Lesueur (de Bernay) (1) n'a-t-il pas eu la chance extraordinaire de voir une guérison succéder à l'élimination d'une tumeur qui pendant sept jours, avait empêché d'extraire un placenta putréfié.

Chéron (2) cite deux guérisons survenues après sphacèle et élimination spontanée de la tumeur.

Enfin, signalons, à titre de curiosité, le cas de Planchu (3), qui vit, un mois après une opération de Porro, un fibrome prævia s'éliminer spontanément par le trajet utéro-abdominal.

Dans tous les cas, que le fibrome ait troublé ou non la puerpéralité, l'allaitement sera recommandé pour en favoriser la répression.

Puis on le traitera comme une affection gynécologique.

Le curettage n'est pas à conseiller, il ne procure qu'une amélioration passagère pendant le temps que met la muqueuse à se régénérer.

Au contraire, la myomectomie atteindra la cause même de la métrite, elle en préviendra ainsi la funeste influence sur l'insertion du placenta.

En se plaçant à un point de vue plus élevé encore, le médecin devra faire de la « prophylaxie antifibromateuse ». Il combattra la stérilité primaire ou secondaire ; il prescrira l'allaitement. Ce sont là, à l'heure actuelle, nos moyens de défense les plus puissants,

---

1. Lesueur, *Bull. Soc. An.* de Paris, 1889, LXIV, p. 614.
2. Chéron, Soc. Obst. de France, avril 1901.
3. Planchu, *Bull. Soc. d'Obst.* 1908, p. 415.

en attendant que se fasse définitivement la lumière sur la pathogénie des fibromes.

De même que l'hygiène et le traitement précoce du rachitisme semblent avoir fait disparaître les rétrécissements très serrés du bassin, de même un traitement préventif et précoce fera peut-être un jour disparaître totalement les complications des fibromes, de la pratique obstétricale.

---

## CONCLUSIONS

I. — Dans la plupart des utérus fibromateux, l'insertion du placenta est normale, et, par suite, ne modifie en aucune façon la physionomie normale de la gestation.

II. — Cependant, plus souvent qu'on ne le pense, le placenta s'insère sur le segment inférieur ou sur la zone fibromateuse.

Ces anomalies s'observent surtout dans les fibromes sous-muqueux, à la faveur de l'*endométrite* concomitante.

De même l'adhérence du placenta trouve son explication dans les altérations de la muqueuse ; lorsque l'atrophie de la caduque est assez considérable, elle peut permettre aux villosités de venir directement au contact du tissu utérin ou du myome.

III. — Ces diverses anomalies peuvent se manifester à toutes les périodes de la puerpéralité.

Elles se traduisent par les accidents de l'insertion vicieuse du placenta :

Hémorragies ;

Rupture prématurée ou précoce des membranes ;

Avortement ou accouchement prématuré ;

Présentations vicieuses et procidences.

Quant à l'adhérence du placenta, elle constitue une indication de la délivrance artificielle.

IV. — Dans ces cas, la délivrance artificielle réclame une attention particulière : il faut curer *digitalement* et minutieusement les angles et les anfractuosités de l'utérus, sans toutefois s'acharner contre les reliefs de la musculature utérine, et contre les saillies fibromateuses.

Dans certains cas, l'hémorragie ou l'infection — survenues *post abortum* ou *post partum* — peuvent nécessiter une opération radicale, l'hystérectomie. On devra être opportuniste et non dogmatique.

---

Vu : Le Président de la thèse

PINARD

Vu : le Doyen,

LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

L. LIARD

# INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

## *Principaux traités consultés*


Bar, Brindeau et Chambrelent. — La Pratique des accouchements, 2e édit., 1909. Article Fibrome, par Treub.

Brissaud, Pinard, Reclus. — Nouvelle pratique médico-chirurgicale, 1911. Article Fibrome, par Potocki.

Ribemont-Dessaignes et Lepage. — Précis d'Obstétrique, 1904.

Tarnier et Budin. — Traité de l'Art des accouchements, 1898. Article Fibrome, par Maygrier.


## *Autres références principales*


Aubinais. — Observation de polype utérin adhérent du placenta et heureusement extirpé pendant l'accouchement (Gaz. méd. de Paris, 1844).

Baumgartner et Moure. — Rétention placentaire dans un utérus fibromateux. Hémorragie. Hystérectomie. Guérison (Bull. et Mém. de la Soc. anat., juin 1909).

Berger (Georges). — Suppuration des fibromes au cours de la puerpéralité. Thèse de Paris, 1907.

Berlin (de Nice). — Archives de Tocologie, 1890, p. 700.

Blanc (Em.). — Ann. de Gynéc. et d'Obst., 1891, p. 193.

Boivin et Dugès. — Maladies de l'utérus, 1833, t. I, p. 380.

Brindeau et Nattan-Larrier. — Adhérences anormales du placenta (Bull. Soc. d'Obstr. de Paris, 1905, p. 274).

Brosset. — De la Délivrance artificielle après l'accouche-

ment spontané à terme ou près du terme, de 1889-1896. Thèse de Paris, 1898.

Bué. — Les Endométrites gravidiques (Presse méd., 1896, p. 134).

Burty. — Contribution à l'étude des fibromes compliqués de grossesse. Thèse de Paris, 1907.

Chahbazian. — Des Fibromes du col de l'utérus au point de vue de la grossesse et de l'accouchement. Thèse de Paris, 1882.

Charpentier. — Traité pratique des accouchements, t. II, 1883.

Cleisz. — Contribution à l'étude des fibromes gravidiques d'après les documents recueillis à la maternité de Nancy, de 1897 à 1908. Thèse de Nancy, 1908.

Delbet (Pierre). — Fibromes et grossesse (Bull. et Mém. Soc. Chir., 1902, p. 603).

Demelin et Brindeau. — Soc. d'Obst. de Paris, 19 mai 1910.

Faure (J.-L.) et Boidin. — Polype placentaire avec hyperplasie déciduale (Soc. d'Obst. Gyn. et Péd. Paris, 14 décembre 1908).

Faure et Syredey. — Traité de Gynécologie médico-chirurgicale, 1911.

Grosse. — Des Indications de l'intervention chirurgicale au cours de la grossesse et pendant le travail dans les grossesses compliquées de fibromes. Thèse de Paris, 1902.

Hartmann. — Gynécologie opératoire, 1911.

Hartog. — Geburtscomplicationem durch myom (Monasts. f. Geb. und Gyn. Bd XXIX, n° 18, 1909).

Houzel. — Bull. Soc. Chir., p. 527, 1891.

Ibrahim Edhem. — Contribution à l'étude histologique des adhérences placentaires (Bull. Soc. d'Obstétr. de Paris, 1903).

Ingleby. — Edim. Med. Jour., p. 75, 1839.

Jacobson. — La Délivrance artificielle à la clinique Beau deloque depuis 1897. Thèse de Paris, 1906).

JAMAIN. — Fibromes utérins et puerpéralité. Thèse de Paris, 1906-1907.

JOUBERT. — Des Indications opératoires au cours de la grossesse compliquée de fibromes. Thèse de Paris, 1907.

KALTENBACH.—Hystérectomie supra-vaginale pour fibromes compliquant la grossesse (Centralbl. für Gynec., n° 15, 1880).

KREBS. — Eihaut retention am submukösen fibrom (Zentralbl. f. Gynec., n° 27, p. 845, 1911).

LEFOUR. — Des Fibromes utérins au point de vue de la grossesse et de l'accouchement. Thèse d'agrégation, 1880.

LEPAGE et COUVELAIRE. — Tumeur conjonctive du chorion placentaire (Soc. d'Obst. de Gyn. et de Péd., 1906).

LÉSUEUR (de Bernay). — Tumeur fibreuse de l'utérus empêchant l'extraction du placenta après un accouchement d'un enfant mort-né (Bull. Soc. An. de Paris, LXIV, p. 614, 1889).

LOBENSTINE (Ralph Waldo). — « Fibromyomes de l'utérus comme complication de la grossesse, du travail, des suites de couches. Étude basée sur 100 cas traités au New-York Lying-In Hospital. » (Americ. Journ. of Obstetrics, janv. 1911.)

MAGGIAR. — De la Fréquence de l'insertion du placenta sur le segment inférieur de l'utérus et de ses accidents. Thèse de Paris, 1895.

MAUCLAIRE. — Soc. d'Obst., Gyn. et Péd., 12 mai 1906.

— Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris, p. 535, 1908.

MAYGRIER. — Bull. et Mém. de la Soc. obstétricale et gynécologique de Paris, 14 janvier 1897.

MÉHEUT. — Contribution à l'étude des fibromes gravidiques. Thèse de Paris, 1902.

MOUCHOTTE. — Documents pour servir à l'étude de l'hystérectomie dans l'infection puerpérale post abortum. Thèse de Paris, 1902-1903.

PINARD. — Fibromes et grossesse (Ann. de Gynéc. et d'Obst., 1901).

— Des Fibromyomes de l'utérus et en particulier des causes qui favorisent leur éclosion ou leur développement (Ann. de Gynéc. et d'Obst., janv. 1905.

— Les Méfaits de l'endométrite (Journ. des Prat., 1911).

PLANCHU. — Bull. Soc. d'Obstétr., p. 415, 1908.

POTOCKI. — Compte rendu de la Soc. d'Obst., Gyn. et Péd., juillet 1910.

POTOCKI et SAUVAGE. — Compte rendu de la Soc. d'Obst., Gyn. et Péd., n° 3, 1911.

PROUST et SOREL. — Grave hémorragie post abortum au niveau d'un utérus fibromateux. Hystérectomie. Guérison (Bull. et Mém. de la Soc. Anat., oct. 1909).

PUJOL. — Les Rapports réciproques de la grossesse et de la fécondation avec les tumeurs fibreuses de l'utérus. Thèse de Montpellier, 1896.

— La Grossesse dans l'utérus fibromateux (Revue internat. de Méd. et Chir., 1897).

RAMSBOTHAM. — Med. Times and. Gaz., p. 13, 1853.

RÉMY. — Polype utérin observé au moment de la délivrance. Hémorragie. Extraction du placenta. Aucun accident consécutif (Revue médicale de l'Est, p. 65, 1889).

— Quelques considérations sur la rétention placentaire (Arch. de Tocologie, 1889).

RICHE et O. MACÉ. — Hystérectomie abdominale sus-vaginale dans un cas d'utérus fibromateux infecté. Guérison (Bull. Soc. d'Obst. de Paris, 1905, p. 226).

RICHE. — (Rapporté par Ed. Schwartz.) Soc. de chir., p. 505, 1908.

SAINTOT. — L'endométrite et les lésions annexielles de la fibromatose utérine. Thèse de Paris, 1906.

TREUB. — Arch. de Tocologie et de Gynécol. (obs. p. III, 809, nov. 1894).

TURNER. — Des Interventions chirurgicales dans les fibromes gravidiques. Thèse de Paris, 1900.

Imp. de la Faculté de Médecine JOUVE et Cie, 15, rue Racine, Paris.